"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

RESOLUCIÓN N° 000058-GCPS-ESSALUD-2024

Lima, 13 de Diciembre del 2024

VISTOS:

La Nota N.º 000189-2024/OIIS-GCPS-ESSALUD-2024 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, el Informe N.º 000053-2024-OIIS-GCPS -ESSALUD-2024, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el articulo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, – EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el literal e) del artículo 2º de la Ley N.º 27056 se establece que, para el cumplimiento de finalidad y objetivos, ESSALUD, formula y aprueba sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 686-PE-ESSALUD-2024 se aprueba el texto actualizado y concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-ESSALUD, en cuyo literal a) del artículo 158º establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de los resultados e impacto de las intervenciones sanitarias.

Que, el proyecto de Documento Técnico, desarrollado por la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria (OIIS), de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, tiene como finalidad estandarizar la Aplicación de "Protocolo del Estudio de Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en EsSalud" por parte del personal de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro Social de Salud, y tiene como objetivo determinar la Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en las IPRESS que cuenten con hospitalización en el Seguro Social de Salud - ESSALUD fortaleciendo la vigilancia epidemiológica en el Seguro Social de Salud – EsSalud,

Que, según el Informe N.° 000053-2024-OIIS-GCPS-ESSALUD-2024, se ha concluido con el proceso de formulación y validación del Documento Técnico "Protocolo del Estudio de Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en EsSalud" incorporando los aportes de los representantes de las Oficinas y/o Unidades de Inteligencia Sanitaria, por lo cual se propone institucionalizar el mencionado Documento Técnico;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE

1. **APROBAR**, el Documento Técnico "Protocolo del Estudio de Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en EsSalud" que en el anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER**, que la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria se encargue de la difusión y asistencia técnica del Documento Técnico "Protocolo del Estudio de Prevalencia Puntual

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **I8OJVCL**.

de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en EsSalud" aprobada en la presente Resolución.

3. **ENCARGAR**, a la Gerencia Central de Operaciones contribuir al cumplimiento de la implementación del Documento Técnico aprobado por la presente Resolución, de acuerdo con sus competencias.
4. **ENCARGAR**, a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, remita a la Secretaría General el presente Documento Técnico para su publicación en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Firmado digitalmente por
KATYA YOLANDA CHAVEZ ROMERO
GERENTE CENTRAL
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **I8OJVCL**.

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

“DOCUMENTO TECNICO: PROTOCOLO DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD – ESSALUD”

LIMA - PERÚ

2024

PRESIDENTE EJECUTIVO DE ESSALUD
MARIA ELENA AGUILAR DEL AGUILA

GERENTE GENERAL
JORGE ISAAC SUAREZ RIVERO

GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
KATYA YOLANDA CHAVEZ ROMERO

JEFE DE OFICINA DE INTELIGENCIA E INFORMACIÓN SANITARIA
EDWIN NECIOSUP ORREGO

JEFE DE DIVISIÓN DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA E INFORMACIÓN SANITARIA
YOVANNA MARITZA SECLEN UBILLUS

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

Lic. Jenny A. Trujillo Navarro	Profesional de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

EQUIPO DE VALIDACIÓN DEL DOCUMENYO TECNICO.

Lic. María Mendoza Chirinos	Unidad de Epidemiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologúren.
Dra. D´yanira Rojas Montaño	Unidad de Epidemiología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologúren.
Lic. Pilar Tirado Chapoñan	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
Lic. Ninoska Rodríguez Avila	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
Lic. Dina Sumarriva Valenzuela	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
Lic. Elizabeth Jara Brito	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital II Ramón Castilla
Lic. Gloria De la Cruz Ayala	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Instituto Nacional del Corazón INCOR.
Dr. Leonel Terrel Gutierrez	Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

EQUIPO DE REVISIÓN DEL DOCUMENTO TÉCNICO:

Dr. Edwin Neciosup Orrego	Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
Mg. Yovanna Seclen Ubillus	Jefe de División de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

INDICE

I	DISPOSICIONES INICIALES	5
II	ORGANOS RESPONSABLES	6
III	DISPOSICIONES PARA LA APLICACIÓN DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD EN ESSALUD	7
	METODOLOGIA	7
	POBLACIÓN	
	CRITERIOS DE SELECCIÓN	
IV.	CONSIDERACIONES ETICAS	
V.	ANEXOS	
ANEXO I.	CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS IAAS.	14
ANEXO II.	ENCUESTA DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL DE IAAS(EPP-IAAS)	52
ANEXO III.	CÓDIGOS DE LOS SERVICIOS.	53
ANEXO IV.	CÓDIGOS DE IAAS.	54
ANEXO V.	CÓDIGOS DEL TIPO DE CULTIVO.	56
ANEXO VI.	CÓDIGOS DE MICROORGANISMOS.	57
ANEXO VII.	CÓDIGOS DE ANTIBIÓTICOS	58
ANEXO VIII	CÓDIGOS DE FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS	60
ANEXO IX.	CÓDIGOS DE FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS	61
ANEXO X.	RESUMEN DE LA ENCUESTA DEL EPP SEGÚN SERVICIO	62
VI	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63

DOCUMENTO TÉCNICO ORIENTADOR DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD – ESSALUD

CAPITULO I
DISPOSICIONES INICIALES

Artículo 1. Objetivo

Determinar la Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en las IPRESS que cuenten con hospitalización en el Seguro Social de Salud - ESSALUD.

Objetivos Específicos

1. Determinar la distribución de la prevalencia de pacientes con IAAS según la edad, el sexo, servicio de hospitalización, categoría del establecimiento de salud y procedimientos invasivos en las IPRESS de EsSalud con hospitalización.
2. Describir los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos en los pacientes con IAAS en las IPRESS de EsSalud con hospitalización.
3. Determinar la distribución de los microorganismos aislados en los cultivos, según el tipo de IAAS en las IPRESS de EsSalud con hospitalización.
4. Determinar la frecuencia del uso de antimicrobianos en pacientes con IAAS, en las IPRESS de EsSalud con hospitalización.
5. Comparar la tasa de prevalencia de IAAS en pacientes hospitalizados, por niveles de atención y según riesgos extrínsecos.

Artículo 2. Finalidad

Generar información para la toma decisiones estratégicas que contribuyan al control de las IAAS en las IPRESS de EsSalud.

Artículo 3. Marco normativo

1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su reglamento.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
4. Ley N° 29344, Ley de Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N°20-2014-S.A.
5. Ley 31972, ley que fortalece la Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) como componente de la política nacional de Salud Pública.
6. Decreto Supremo Nº 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley Nº 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
7. Resolución Ministerial Nº 753-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica Nº 020-MINSA/DGSP-V.01 Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
8. Resolución Ministerial N.º 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
9. Resolución Ministerial Nº 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021- MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
10. Resolución Ministerial Nº 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
11. Resolución Ministerial Nº 168-2015/MINSA, que aprueba el documento técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".

12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 686-PE-ESSALUD-2024 y modificatorias, que aprueba el texto único actualizado y concordado del reglamento de organización y funciones del seguro social de salud-ESSALUD.
13. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°83-GPS-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva N° 16-GCPS- ESSALUD-2016; "Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el Seguro Social de EsSalud.
14. Resolución de Gerencia General N°1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva N° 21-GCPP-GG-ESSALUD-2020 V.1; "Norma para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Normativos y Técnicos - Orientadores en ESSALUD".
15. Resolución. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°30 - GCPS-ESSALUD- 2022, que aprueba el documento técnico orientador "Manual de Funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
16. Resolución. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°84 GCPS-ESSALUD 2017 que aprueba el "Protocolo de Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en ESSALUD".
17. Resolución Resolución Ministerial N°523-2020/MINSA, que aprueba el Documento Norma Técnica Sanitaria N°163-MINSA/ 2020/ CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

CAPITULO II
ÓRGANOS RESPONSABLES

Artículo 4. Gerencia Central de Prestaciones de Salud
El Gerente Central de Prestaciones de Salud a través del Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria, es responsable de la difusión, asistencia técnica, evaluación e implantación y monitoreo del cumplimiento del presente documento técnico en la Aplicación del Estudio de Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

Artículo 5. Gerencia Central de Operaciones
El Gerente Central de Operaciones evalúa y supervisa las actividades de los Servicios de Hospitalización y los laboratorios de la IPRESS a fin de que se disponga oportunamente los resultados de laboratorio y los cultivos de microbiología.

Artículo 6. Órganos Prestacionales Nacionales, Gerencias y/o Direcciones de Redes Asistenciales / Prestacionales e IPRESS.
Órganos Prestadores Nacionales, el Gerente y/o Director de las Redes Prestacionales / Asistenciales, e IPRESS, es el responsable de garantizar las acciones necesarias para la implementación y ejecución del presente documento técnico del Estudio de Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

CAPITULO III
DISPOSICIONES PARA LA APLICACIÓN DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD EN ESSALUD

Artículo 7. Disposiciones Generales

7.1 Diseño Y Metodología de la Investigación

La metodología utilizada es un estudio observacional de corte transversal, de prevalencia de punto, es una fotografía de la realidad en un momento puntual del tiempo. No reemplazan los sistemas de vigilancia diaria.

La prevalencia es útil para medir la carga de la enfermedad de una población, es decir la proporción general de personas afectadas por la enfermedad. (1)

7.2 Población de Estudio

Todos los pacientes hospitalizados en las IPRESS de EsSalud, el día del estudio y que reúnan los criterios de selección.

7.3 Criterios de Selección [2,]

a. Criterios de Inclusión.

Se aplicará la encuesta de prevalencia:

- ✓ A todo paciente que se encuentren en un área de **hospitalización** de los servicios clínicos, quirúrgicos, pediátricos, gineco-obstétricos, Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios de adultos, pediátricos y neonatales.
- ✓ Todo paciente que sea reingresado, referido o transferido de otra IPRESS, y que se encuentre el día del estudio. (hasta las 08:00 am)
- ✓ Todo paciente del **servicio de emergencia y hospitalización** cuya permanencia es mayor a 48 horas.

b. Criterios de Exclusión.

- ✓ Recién nacidos sanos que se encuentren en las Salas de Neonatología o cunas de alojamiento conjunto.
- ✓ Pacientes ambulatorios, atendidos en consulta externa.
- ✓ Pacientes que permanecen en el área de emergencia menor a 48 horas.
- ✓ Pacientes dados de alta el mismo día del estudio.
- ✓ IPRESS u hospitales sin área de hospitalización.

7.4 Consideraciones a tenerse en cuenta

- ✓ Los pacientes que al momento de aplicar la encuesta de prevalencia no se encuentren en el servicio (por estar en centro quirúrgico, exámenes de apoyo diagnóstico u otros) serán encuestados al retorno al servicio.
- ✓ El tiempo de permanencia u hospitalización, considera los días transcurridos desde la admisión del paciente al centro hospitalario.

7.5 Variables

Las variables contempladas en el estudio son las siguientes:

- ✓ Infecciones asociadas a atención de salud.
- ✓ Factores de riesgo extrínsecos, intrínsecos en las IAAS encontradas.
- ✓ Edad.
- ✓ Sexo
- ✓ Microorganismo de infección.
- ✓ Uso de antibióticos en las IAAS encontradas.



Artículo 8. Procedimiento y Estrategias para su ejecución

El estudio se aplicará en un solo tiempo programado, encuestando al total de pacientes que reúnan los criterios de inclusión.

- ✓ Cada Red Asistencial y/o Prestacional según su organización aplicará estrategias locales como las siguientes:
- ✓ Convocatoria a los Equipos de Vigilancia de la Red para participar en el estudio
- ✓ Convocar al Comité de Prevención y Control de Infecciones más un equipo designado por el director, integrado por jefes de los servicios para apoyar el desarrollo del EPP-IAAS
- ✓ Capacitación al personal participante en el EPP-IAAS, garantizando la estandarización de la metodología del estudio

Artículo 9. Nivel Nacional:

- ✓ La responsable de la Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) a nivel Central formará una red de coordinadores nacionales (dos) y coordinadores locales para el programa de capacitación correspondiente.
- ✓ La coordinación nacional es responsable de garantizar una comunicación continua durante el desarrollo del estudio, ya sea por vía telefónica o electrónica. Para ello, convocará a especialistas clínicos para resolver cualquier duda que pueda surgir durante la ejecución del estudio de prevalencia. En caso necesario, se realizarán auditorías correspondientes.
- ✓ La coordinación nacional también informará sobre el período de aplicación del Estudio de Prevalencia de IAAS.

Artículo 10. Nivel Local

- ✓ Los Gerentes/Directores de las IPRESS son los responsables de coadyuvar a la ejecución del Estudio de Prevalencias Puntual de IAAS.
- ✓ El Responsable de la Vigilancia de IAAS de las Unidades u Oficinas de Inteligencia Sanitaria, trabaja coordinadamente con el Comité de Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y la dirección del hospital; podrían ser apoyados por un equipo que se convocará especialmente para tal fin.
- ✓ El Jefe y el Responsable de la Vigilancia de IAAS de las Unidades u Oficinas de Inteligencia Sanitaria y/o quien haga sus veces, elaboran el plan de trabajo para el desarrollo del estudio (EPP-IAAS) y lo presenta a su Jefe inmediato superior para ser aprobado.

- ✓ Una estrategia para asegurar el financiamiento y apoyo logístico es incluir la actividad de ejecución del EPP-IAAS en el Plan Operativo de la Red Asistencial y/o Prestacional o en el Plan Anual de Capacitación del próximo año.
- ✓ En el plan de trabajo se debe considerar: profesionales que participan en el estudio; quienes estarán integrados por investigadores, registradores, digitadores. De acuerdo a los recursos disponibles, se programará el material logístico y refrigerios. Asimismo, se describirá la distribución de los investigadores, la secuencia de visitas a los servicios, los aspectos relativos al control de calidad y la revisión de casos complejos; así como coordinar la capacitación al equipo de investigación local, según la metodología descrita en el protocolo de investigación y los instrumentos adicionales en el apartado de anexo.
- ✓ La conformación del equipo operativo del estudio y el número de integrantes que participará, será determinada de acuerdo al número de pacientes hospitalizados; se sugiere la conformación de equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras u otro profesional de la salud debidamente capacitados), este equipo además será el responsable de la recopilación de la información de manera organizada.
- ✓ Los estudios de prevalencia puntal deberán ser desarrollados por lo menos una vez al año, (considerados en el POI del segundo trimestre); siendo la Gerencia Central de Prestaciones de Salud a través de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Sede Central de EsSalud quien programará y coordinará previamente dicha actividad a Nivel Nacional.[3]

Artículo 11. Rendimiento

- ✓ Para la aplicación de la encuesta del Estudio de Prevalencia Puntual (EPP) se requiere personal mínimo, preferentemente equipos de dos personas (Investigador y Registrador).
- ✓ En pacientes que se encuentran en hospitalización general se requiere 15 minutos para revisar 01 historia clínica.
- ✓ En pacientes que se encuentran en áreas críticas se requiere 30 minutos aproximadamente para revisar historia.

Artículo 12. Disposiciones Especificas

12.1 Actividades Pre trabajo de Campo

i. El jefe de las Oficina/ Unidad de Inteligencia Sanitaria y /o quien haga sus veces, en coordinación con el responsable de la Vigilancia de IAAS, realizan la gestión administrativa para contar con todos los recursos logísticos y humanos necesarios para el desarrollo del estudio.

ii. El responsable de la Vigilancia Epidemiológica de IAAS coordina con el equipo multidisciplinario de OIS, para realizar lo siguiente:

- ✓ Elaborar el plan de distribución de camas por número y servicio por equipo registrador - investigador.
- ✓ Elaborar los croquis o mapas necesarios del hospital.
- ✓ Coordinar la obtención del refrigerio para los participantes del estudio de prevalencia.
- ✓ Coordinar con las jefaturas correspondientes para que brinden las facilidades al personal que participará en el estudio (compensaciones correspondientes por el tiempo fuera del horario de trabajo laborado en la realización del estudio de prevalencia).
- ✓ Capacitar a los investigadores en el recojo de información y registro del dato.
- ✓ Capacitar al personal de los servicios (registradores) que participarán en la encuesta.
- ✓ Realizar una extracción de la base de datos del sistema informático para la elaboración del registro preliminar de los pacientes hospitalizados por servicio, el día del EPP-IAAS.
- ✓ Comprobar la disponibilidad del material de campo para dar inicio al EPP-IAAS.
- ✓ Supervisar el desarrollo del EPP-IAAS.

Artículo 13. Actividades Trabajo de Campo.

- ✓ Se completará el listado de los pacientes hospitalizados por servicio, incluyendo número de cama, fecha de ingreso al hospital y CIE-10.

- ✓ Se iniciará el trabajo de campo de acuerdo al plan local con la recolección de los datos completando los ítems I y II del registro, incluido la estancia del paciente, la cual será nuestro primer filtro para ser incluido en el EPP-IAAS.
- ✓ Los investigadores revisan las historias clínicas para identificar las IAAS (ítem III) según los criterios epidemiológicos de las IAAS (Anexo I).
- ✓ Los investigadores completan la encuesta del EPP-IAAS (Anexo II) y se registrarán sólo en el caso que se identifique una IAAS las siguientes variables: fecha de inicio de IAAS, tipo de IAAS, tipo de cultivo, identificación del microorganismo, antibióticos usados, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.
- ✓ Se recomienda revisar los siguientes documentos fuentes:
  - Hoja de registro o gráfico de temperatura en búsqueda de fiebre.
  - Evolución médica física y/o electrónica del día, buscando evidencias de la presencia de alguna IAAS activa para el día del EPP-IAAS.
  - Hoja de indicaciones médicas (buscando evidencias de la prescripción de medicamentos del día y dentro de las últimas 24 horas).
  - Hoja de exámenes complementarios; resultados microbiológicos de laboratorio, exámenes radiológicos, cuando el paciente cumpla con los criterios epidemiológicos descritos en el presente protocolo.
- ✓ En casos complejos para la definición de IAAS, se consultará a los médicos del equipo de Inteligencia e Información sanitaria de la Sede Central de EsSalud
- ✓ Si algún hospital o instituto especializado por el volumen de pacientes hospitalizados, no puede culminar la recolección de los datos el día señalado; las actividades de investigación pueden continuar al siguiente día, pero se recomienda no exceder tres días consecutivos.
- ✓ El Jefe de la oficina / Unidad de Inteligencia Sanitaria y/o quien haga sus veces y el responsable de la Vigilancia de IAAS, se encargarán de la verificación del buen llenado de la información de los registradores e investigadores.

Artículo 14. Procesamiento de datos en el Aplicativo Informático.

- ✓ La información recolectada se registrará en el archivo de Base de Datos (Excel) o en el aplicativo informático institucional vigente del EPP-IAAS.
- ✓ El jefe de inteligencia sanitaria y/o quien haga sus veces de cada IPRESS gestionará los recursos para la digitación y el adecuado almacenamiento de las encuestas del EPP-IAAS.
- ✓ El jefe de Inteligencia Sanitaria y/o quien haga sus veces y el responsable de la Vigilancia Epidemiológica de IAAS de cada IPRESS realizarán el control del ingreso, consistencia y validación de la Base de Datos del EPP-IAAS.
- ✓ El equipo de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Sede Central, consolidará las bases de datos y elaborará un informe Epidemiológico del EPP-IAAS a nivel nacional.

Artículo 15. Instrumento de recolección de datos

La encuesta del EPP-IAAS consta de las siguientes partes (Anexo II):

I.- Datos generales del paciente (identificación).
II.- Datos de la hospitalización en la IPRESS.
III.- Datos relacionados a la presencia de Infecciones Asociadas a la Atención de salud, microorganismo e información relacionada al tratamiento antibiótico recibido, factores de riesgo extrínseco e intrínseco.

Artículo 16. Análisis y difusión de la información

Se elaborará un informe epidemiológico del EPP-IAAS de la IPRESS, este informe debe incluir los indicadores propuestos en este estudio; así como el análisis sobre factores extrínsecos e intrínsecos, microbiología y uso de antimicrobianos. Los resultados podrán ser comparados con las tasas de prevalencia de estudios anteriores locales o nacionales.

Difundir los resultados a los directores y funcionarios del hospital, así como al personal de salud con la finalidad de informar sobre la situación de las IAAS y planificar las acciones de prevención y control que se implementarán en los servicios de riesgo.

Artículo 17. Cálculo de indicadores y fórmulas

El EPP-IAAS se realiza con la finalidad de obtener información del comportamiento de las IAAS en los hospitales a nivel local como nacional, es por ello que se ha planteado un conjunto de indicadores que son de análisis obligatorio para el informe epidemiológico, sin embargo, se pueden generar otros de acuerdo a las necesidades locales.

INDICADORES DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA DE IAAS

OBJETIVO	INDICADORES	FORMULA
Determinar la Prevalencia General de IAAS	Prevalencia de IAAS o tasa de IAAS	N° de IAAS x 100 / N° total de paciente que ingresan al estudio
Determinar la Tasa de Prevalencia de Pacientes con IAAS	Prevalencia de Pacientes con IAAS	N° de pacientes con IAAS x 100 / N° total de paciente que ingresan al estudio
Determinar el Promedio estancia hospitalaria de Pacientes con IAAS	Estancia hospitalaria	Promedio de estancia hospitalaria de paciente con IAAS
Determinar la distribución de la Tasa de Prevalencia de paciente con IAAS en EESS	Prevalencia de IAAS según categorías de instituciones (sólo Sede Central)	
Caracterizar la Prevalencia de pacientes con IAAS según edad, sexo y servicios de hospitalización	Prevalencia de pacientes con IAAS según servicio de hospitalización	N° pacientes con IAAS en un servicio x 100 / N° Total de pacientes que ingresan al estudio
	Prevalencia de pacientes con NAV, ITS-CVC, ITU-CUP según procedimiento invasivo bajo vigilancia.	N° paciente con IAAS según tipo de procedimiento invasivo x 100 / N° Total de pacientes que ingresan al estudio
	Prevalencia de pacientes con IAAS según sexo	N° total pacientes con IAAS según sexo x 100 / N° Total de pacientes que ingresan al estudio
	Prevalencia de pacientes con IAAS según grupo de edad	N° total pacientes con IAAS según grupo de edad x 100 / N° Total de Pacientes que ingresan al estudio
Determinar la distribución de las IAAS según tipo de infección, grupo de edad y sexo	Distribución de las IAAS según tipo o sitio de IAAS	N° de IAAS según Tipo o sitio de infección IAAS x 100 / Total de IAAS al momento del estudio
Describir y comparar la frecuencia de la IAAS según tipo de procedimiento invasivo	Distribución de las IAAS según procedimiento invasivo	N° de IAAS según procedimiento x 100 / Total de IAAS al momento del estudio
Describir la distribución de los microorganismos identificados en los cultivos y Uso de antimicrobianos.	Prevalencia de IAAS con cultivos positivos	N° de IAAS con cultivos positivos x 100 / Total de IAAS al momento del estudio
	Distribución de los microorganismos identificados en las IAAS	Porcentajes de microorganismos identificados en las IAAS
	Distribución del uso de antimicrobianos en IAAS	Porcentajes del Uso de Antimicrobianos en pacientes con IAAS

CAPITULO IV
CONSIDERACIONES ÉTICAS

Artículo 19. Respecto a la Autonomía y Justicia en la Investigación:

Si bien el presente estudio se basa en datos ya registrados en historias clínicas, es fundamental. reconocer el derecho a la privacidad de los pacientes. Aunque no se requiere un consentimiento informado explícito para el análisis de estos datos, se garantiza el respeto a la autonomía de los participantes al asegurar que la información sea utilizada únicamente con fines de investigación y que su identidad permanezca protegida en todo momento. Asimismo, se cumple con el principio de justicia al asegurar que los beneficios de la investigación, como una mejor comprensión de la prevalencia de IAAS y la implementación de medidas preventivas, se aplicarán equitativamente entre toda la población asegurada.

Artículo 20. Beneficencia y No Maleficencia:

Este estudio se alinea con los principios de beneficencia y no maleficencia al buscar maximizar los beneficios para la salud púbica y minimizar los riesgos para los participantes. La IPRESS con hospitalización, podrá contar con información actualizada sobre la prevalencia de IAAS, identificar grupos vulnerables, focalizar acciones de vigilancia, prevención y control de IAAS.

Artículo 21. Confidencialidad y Protección de los Datos:

La confidencialidad de los datos es una prioridad en este estudio. Se emplearán rigurosas medidas de seguridad para proteger la información personal. La información luego procesada a través de los archivos digitales estará codificada y por lo tanto no se podrá identificar a los participantes desde los archivos. Estos archivos serán guardados en forma protegida y sólo accesibles a los investigadores del estudio. Estas medidas cumplen con los estándares éticos y legales establecidos para la protección de datos en investigación.

Artículo 22. Divulgación de Resultados y Transparencia:

Los resultados serán publicados como datos referenciales para ESSALUD, en las plataformas informáticas institucionales el cual incluirá:

- ✓ Introducción
- ✓ Objetivo general del EPP-IAAS
- ✓ Objetivos específicos
- ✓ Metodología
- ✓ Resultados
- ✓ Conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO V
ANEXOS

Anexo I: Criterios Epidemiológicos de las IAAS.
Anexo II: Encuesta del Estudio de Prevalencia Puntual de IAAS (EPP-IAAS).
Anexo III: Códigos de los servicios.
Anexo IV: Códigos de IAAS.
Anexo V: Códigos del Tipo de Cultivo.
Anexo VI: Códigos de Microorganismos.
Anexo VII: Códigos de Antibióticos
Anexo VIII: Códigos de Factores de Riesgo Intrínsecos
Anexo IX: Códigos de Factores de Riesgo Extrínsecos
Anexo X: Resumen de la Encuesta del EPP-IAAS según servicio.

ANEXO I

CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS IAAS[4,5.6.7]

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD: Aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su(s) toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.[8]

PREVALENCIA: Se define a la proporción de personas con la enfermedad en un momento dado (proporción de pacientes hospitalizados que tienen una infección nosocomial). Esto también se conoce a veces como prevalencia puntual. Se calcula número de individuos con la enfermedad dividido por el número de individuos de la población observada.[9]

Se toma para fines del estudio las IAAS que están presentes y activas en el paciente al momento de la encuesta, no se tomarán aquellas infecciones que el paciente haya padecido durante su hospitalización y que ya estén resueltas o curadas.

1. INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUINEO (ITS)

1.1 Infecciones primarias del torrente sanguíneo (ITS): Son aquellas confirmadas por laboratorio (ITS-CL) es una infección primaria (no guarda relación con otro sitio de infección) que cumple con los criterios expuestos para infección del torrente sanguíneo y que el paciente este usando un catéter central más 48 horas o tenga el antecedente de haberlo retirado dentro de las 48 horas previas al inicio del evento**.**
Debe de cumplir uno de los siguientes criterios.

Bacteriemia primaria confirmada por laboratorio (BAC):

CRITERIO 1

- ✓ En 1 ó más hemocultivos del paciente se aisló un microorganismo patógeno excepto para microorganismos contaminantes comunes de la piel (tales como: difteroides Corynebacterium Spp, Bacillus (no anthracis) Spp, Propionibacterium Spp, Estafilococos coagulasa negativos (incluido S. Epidermidis), Streptococcus del grupo viridans, Aerococcus Spp, Micrococcus Spp,

MÁS

b. El microorganismo cultivado de la sangre no guarda relación con infecciones de otro (s) sitios.

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- ✓ Fiebre (>38ºC)
- ✓ Escalofríos.
- ✓ Hipotensión

En el caso de neonatos, fiebre >38°C, hipotermia, apnea y bradicardia,

MÁS

- ✓ b. Resultados de laboratorio (hemocultivos) positivos que no se relacionen con infección de otro sitio;

MÁS

c. En neonatos e inmunosuprimidos considerar los contaminantes de la piel: difteroides Corynebacterium Spp, Bacillus (no anthracis) Spp, Propionibacterium Spp, Estafilococos coagulasa negativos (incluido S. epidermidis), Streptococcus del grupo viridans, Aerococcus Spp, Micrococcus Spp), cultivado de la sangre en dos o más ocasiones distintas (intervalo mínimo de 30 minutos).

Sepsis Clínica

a. Paciente pediátrico o adulto con al menos uno de los siguientes signos o síntomas del literal a. del criterio 2,

MÁS

- ✓ Paciente menor de 1 año incluido neonatos con al menos uno de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida:
- ✓ Fiebre (>38ºC rectal o >37.5 axilar)
- ✓ Hipotermia (<37Cº rectal o >36C° axilar)
- ✓ Apnea.
- ✓ Bradicardia,

MÁS

b.Hemocultivo sin crecimiento no realizado.

c. Sin infección aparente en otro sitio,

MÁS

d. Médico instituye tratamiento para la sepsis.

Comentarios:

- ✓ El cultivo positivo de punta de catéter venosos central, ***no es una prueba*** de laboratorio aceptable para diagnosticar ITS – CVC.
- ✓ La ITS pueden ser primarias o secundarias según haya o no una infección en otro sitio que sea la causa. Para la vigilancia sólo se toma en cuenta la bacteriemia primaria confirmada por laboratorio.

2. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU):

2.1 Infección Urinaria (sintomática): se define usando los criterios para la infección sintomática del tracto urinario relacionada o no a la presencia de la sonda vesical. Reportar ITU asociada a catéter urinario cuando un paciente tiene catéter urinario permanente en el momento o dentro de las 48 horas previas al inicio del evento.

Se considera ITU sintomática si el paciente cumple con uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38 ºC),
- ✓ Urgencia al orinar,
- ✓ Aumento de la frecuencia,
- ✓ Disuria, o sensibilidad suprapúbica;

MÁS

b. Urocultivo positivo con ≥10^5 UFC/ml. Microorganismos / cm^3 de orina con < = 2 especies de microorganismos.

CRITERIO 2

a. Al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38 ºC),
- ✓ Urgencia al orinar.
- ✓ Aumento de la frecuencia,
- ✓ Disuria, o sensibilidad supra púbica,

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ La tira reactiva es positiva en orina para la esterasa leucocítica y/o nitratos.
- ✓ Piuria (muestra de orina con recuento de leucocitos >10/mm^3 o > 3 leucocitos/ campo de alta potencia en orina sin centrifugar).
- ✓ Se ven microorganismos en la tinción gram de orina sin centrifugar.
- ✓ ≤10^5 colonias/ml de un agente uropatógeno único (bacteria Gram negativa o Staphylococcus saprophyticus) en paciente en tratamiento antimicrobiano eficaz para ITU.
- ✓ Diagnóstico médico de ITU.
- ✓ Tratamiento médico para ITU.

CRITERIO *3**

Pacientes ≤ de un año de edad.

a. Al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Hipotermia (<36°C axilar)
- ✓ Apnea,
- ✓ Bradicardia,
- ✓ Letargia,
- ✓ Vómitos.
- ✓ Dolor suprapúbico;

MÁS

b. Un Urocultivo positivo con no más de 2 especies de microorganismos y al menos uno de ellos con ≥10^5 UFC.

CRITERIO 4

Pacientes ≤ de un año de edad.

a. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Hipotermia (<36°C axilar)
- ✓ Apnea,
- ✓ Bradicardia,
- ✓ Letargia,
- ✓ Vómitos.
- ✓ Dolor suprapúbico;

MÁS

b. Al menos 1 de los siguientes:

- ✓ Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria o nitritos (+)
- ✓ Piuria (muestra de orina con ≥10/mm^3 o >3 leucocitos /campo de alta potencia en la orina sin centrifugar).
- ✓ Se observa microorganismos en tinción Gram de orina sin centrifugar.
- ✓ ≤10^5 colonias/ml de un agente uropatógeno (bacterias gram negativo o staphylococcus saprophyticus) en paciente en tratamiento antimicrobiano eficaz para ITU.
- ✓ Diagnóstico médico de ITU.
- ✓ Tratamiento médico para ITU.

Criterio tomado del CDC/NHSH [3](2015).

Comentarios:

- ✓ *El cultivo positivo de punta de catéter urinario no es una prueba de laboratorio* aceptable para diagnosticar ITU sintomática.
- ✓ *Los urocultivos deben ser obtenidos usando técnicas apropiadas, tales como una muestra limpia de chorro medio o cateterización.*
- ✓ *En menores de 1 año, el urocultivo debe ser obtenido por cateterización vesical o aspiración suprapúbica. Un urocultivo positivo de muestra de bolsa no es confiable y debe ser confirmado por una muestra obtenida asépticamente por cateterización o aspiración* suprapúbica.

2.2 Otras Infecciones del Tracto Urinario (OITU)

Riñón, uréter, vejiga, uretra, o tejido que rodea el espacio retroperitoneal o espacio perinéfrico.

Otras infecciones del tracto urinario deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente tiene organismos aislados del cultivo de un fluido (distinto a la orina) o un tejido de sitio afectado.

CRITERIO 2

a. Paciente tiene un absceso u otra evidencia de infección reconocida en el examen directo en un acto quirúrgico o en un examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Pacientes con al menos 2 de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Dolor,
- ✓ Sensibilidad en el sitio involucrado.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Drenaje purulento del sitio afectado.
- ✓ Hemocultivo + con microorganismo que es compatible con el sitio sospechoso de infección.
- ✓ Evidencia radiográfica de infección, por ejemplo: anormalidad en el ultrasonido, en la tomografía axial computarizada, gammagrafía etc.
- ✓ Dx. médico de infección de riñón, uréter, vejiga uretra o de los tejidos alrededor del espacio retroperitoneal o perinéfrico.
- ✓ Médico instituye la terapia apropiada para una infección de riñón uréter, vejiga uretra o de los tejidos alrededor del espacio retroperitoneal o perinéfrico.

CRITERIO 4

Pacientes ≤ de un año de edad,

a. Uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38ºC rectal o <37.5°C axilar),
- ✓ Hipotermia (<37 °C axilar o 36°C rectal),
- ✓ Apnea, bradicardia,
- ✓ Letargia o vómito.

MÁS

- ✓ Drenaje purulento del sitio afectado.
- ✓ Hemocultivo + con microorganismo que es compatible con el sitio sospechoso de infección.
- ✓ Evidencia radiográfica de infección, por ejemplo: anormalidad en el ultrasonido, en la tomografía axial computarizada, gammagrafía, en el diagnóstico médico de infección del riñón, uréter, vejiga, uretra, o de los tejidos alrededor del espacio retroperitoneal o perirrenal.
- ✓ Médico instituye terapia apropiada para una infección del riñón, vejiga uretra o de los tejidos alrededor del espacio retroperitoneal o perinéfrico.

Criterio tomado del CDC/NHSH [3] (2015).

Consideraciones especiales

- ✓ *El cultivo positivo de punta de catéter urinario, no es una prueba de laboratorio aceptable para diagnosticar ITU sintomática.*
- ✓ *Los urocultivos deben ser obtenidos usando técnicas apropiadas, tales como una muestra limpia de chorro medio o cateterización.*
- ✓ *En menores de 1 año, un urocultivo debe ser obtenido por cateterización vesical o aspiración suprapúbica. Un urocultivo positivo de muestra de bolsa no es confiable y debe ser confirmado por una muestra obtenida asépticamente por cateterización o aspiración suprapúbica*.

3. INFECCIÓN DE SITIO QUIRURGICO (ISQ)

Nota: Todas las ISQ vigiladas, se cuentan en el mes que tuvo lugar la intervención quirúrgica, por ejemplo: si la operación de cesárea se realizó el 25 de febrero y la infección fue el 5 de marzo, la ISQ se incluye en el reporte del mes de la intervención (mes de febrero).

Para la vigilancia de Sitio Quirúrgico se considerarán las cirugías priorizadas, deben de ser únicas (no se consideran las cirugías que conllevan más de un procedimiento quirúrgico); solo para el caso de las Histerectomías a vigilar también se debe considerar aquellas que incluyan anexectomías.

3.1 INFECCIÓN DE SITIO QUIRURGICO SUPERFICIAL (ISQ S)

Debe tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. El evento ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico.

MÁS

b. Que comprometa solo la piel o tejido subcutáneo de la incisión.

MÁS

c. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Drenaje purulento de la incisión superficial.
- ✓ Dolor, hinchazón localizada, enrojecimiento y calor y la incisión es deliberadamente abierta por el cirujano y el cultivo es positivo o no hay cultivo.
- ✓ Diagnóstico de infección superficial del sitio quirúrgico dado por el cirujano o el médico tratante.

Consideraciones especiales

- ✓ No registrar el absceso de punto de sutura como una infección (inflamación mínima y descarga confinada a los puntos de penetración de la sutura).

- ✓ No registrar si la infección del sitio de la incisión involucra o se extiende dentro de las fascias y capas musculares, informarlo como ISQ profunda.
- ✓ Clasificar la infección que involucra los sitios de incisión superficial y profunda como una infección de sitio quirúrgico profunda.

3.2 INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO PROFUNDA (ISQP)

Debe de tener al menos 1 de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Que la infección se presente dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico si no se deja un implante en el lugar, o dentro de 1 año si hay implante (prótesis de cadera).

MÁS

b. La infección parece estar relacionada con la cirugía y que comprometa tejidos blandos profundos (ejemplo: fascia o capas musculares);

MÁS

c. Al menos 1 de los siguientes:

- ✓ Drenaje purulento de la incisión profunda pero no del órgano/ componente espacial del sitio quirúrgico.
- ✓ Dehiscencia de la incisión profunda o que sea abierta por el cirujano y el cultivo sea positivo o no cultivado, cuando el paciente tenga al menos 1 de los siguientes signos y síntomas: fiebre (>38°C), dolor o sensibilidad localizada.
- ✓ Absceso u otro tipo de evidencia de incisión que comprometa la incisión profunda que se detecta en el examen directo durante la reintervención o en examen histopatológico o radiológico (absceso).
- ✓ Diagnóstico hecho por un cirujano o médico tratante de una ISQ de incisión profunda.

Consideraciones especiales

- ✓ Las ISQ post cirugía de prótesis de cadera se refieren a las infecciones propiamente como tal tanto de planos superficiales como profundos independientemente si además hay infección de la prótesis.

3.3 INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO DE ÓRGANO/ESPACIO (ISQOE)

Una infección de sitio quirúrgico de órgano/espacio compromete cualquier parte del cuerpo, excluyendo la incisión en la piel, en la fascia o en las capas musculares, que sea abierta o manipulada durante el procedimiento quirúrgico.

Debe tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Que la infección se presente dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico si no se deja un implante en el lugar o dentro de 1 año si hay implante y la infección parece estar relacionada con la cirugía.

MÁS

b. Que comprometa cualquier parte del cuerpo, más profunda que las fascias o las capas musculares, que sea abierta o manipulada durante el procedimiento quirúrgico.

MÁS

c. Al ***menos 1*** de los siguientes:

- ✓ Drenaje purulento por un dren colocado a través de una herida en un órgano/ espacio.
- ✓ Patógenos aislados de un cultivo obtenido asépticamente o de un fluido o tejido

del órgano/espacio.

- ✓ Un absceso u otra evidencia de infección que involucra al órgano/espacio evidenciado en el examen directo, durante una reintervención o por examen histopatológico o radiológico.
- ✓ Diagnóstico de una infección de herida operatoria de órgano/espacio por un cirujano o médico tratante.

Comentarios

Los siguientes son sitios específicos de una infección de sitio quirúrgico de órgano y espacio: - Abscesos de seno o mastitis - Miocarditis o pericarditis - Espacio de disco - Meningitis o ventriculitis - Espacio intervertebral - Cavidad oral (boca, lengua, encías) - Oído, mastoides - Otras del aparato reproductor. - Absceso espinal sin meningitis - Otras infecciones del tracto urinario - Endocarditis - Tracto gastrointestinal - Osteomielitis - Intraabdominal, no incluye GIT - Absceso cerebral o en la duramadre - Cúpula vaginal - Mediastinitis - Absceso de la médula espinal sin meningitis - Ojo - Sinusitis - Tracto respiratorio superior - Infecciones del tracto respiratorio - Articulación o bursa - Infección arterial o venosa.

4. NEUMONÍA

4.1 NEUMONIA CLINICAMENTE DEFINIDA (NEU1)

Se diagnostica combinando criterios radiológicos, clínicos y de laboratorio. Es aquella infección que se presenta después de 48 horas de ingreso al hospital o en 7 días posteriores al egreso hospitalario con un criterio radiológico y un criterio clínico de los expuestos en un paciente con sospecha de neumonía debe de tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Datos radiológicos: 2 ó más radiografías de tórax seriadas con al menos 1 de los siguientes signos:

- ✓ Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.
- ✓ Consolidación
- ✓ Cavitación,

Nota: En los pacientes sin enfermedades pulmonares o cardíacas subyacentes (por ejemplo, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica), basta con una radiografía de tórax definitiva.

MÁS

b. Al menos uno de los signos ó síntomas siguientes:

- ✓ Fiebre (>38 °C) sin otra causa conocida.
- ✓ Leucopenia (recuento de leucocitos < 4000/mm^3) o leucocitos (recuento de leucocitos >12 000/mm^3).
- ✓ Para adultos mayores de 70 años de edad, estado mental alterado sin otra causa conocida,

MÁS

c. Al menos 2 de los siguientes:

- ✓ Nueva aparición de esputo purulento o cambios de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.
- ✓ Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea.
- ✓ Estertores o respiración bronquial ruidosa.

- ✓ Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo: desaturación de O_2 (caída PaO_2 / FiO_2 <240) mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico).

CRITERIO 2

a. Datos radiológicos: 2 ó más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes:

- ✓ Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.
- ✓ Consolidación.
- ✓ Cavitación,

MÁS

b. Al menos uno de los signos o síntomas siguientes:

- ✓ Fiebre (>38 °C) sin otra causa conocida.
- ✓ Leucopenia (recuento de leucocitos<4000/mm3) o leucocitos (recuento de leucocitos > 12 000/ mm3).
- ✓ Para adultos mayores de 70 años de edad, estado mental alterado sin otra causa conocida,

MÁS

c. Al menos 1 de los siguientes:

- ✓ Nueva aparición de esputo purulento o cambios del carácter del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.
- ✓ Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea.
- ✓ Estertores o respiración bronquial ruidosa.
- ✓ Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo: desaturación de O_2 (caída PaO_2 / FiO_2 <240) mayor necesidad de oxígeno o mayor necesidad del ventilador mecánico),

MÁS

d. Al menos 1 de los siguientes datos de laboratorio:

- ✓ Crecimiento positivo en hemocultivo no relacionados con otra fuente de infección.
- ✓ Crecimiento positivo en cultivo de líquido pleural.
- ✓ Cultivo cuantitativo positivo de muestra mínimamente contaminada de tracto respiratorio inferior (por ejemplo: lavado broncoalveolar.
- ✓ > = al 5% de las células obtenidas por lavado broncoalveolar contienen bacterias intracelulares en el examen microscópico directo, por ejemplo: tinción gram.
- ✓ Examen histopatológico tiene al menos 1 de los siguientes datos probatorios de neumonía:
  - -Formación de abscesos o focos de consolidación.
  - -Cultivo cuantitativo positivo de parénquima del pulmón.
  - -Datos probatorios de invasión de parénquima del pulmón por hifas fúngicas o pseudohifas.

CRITERIO 3

<u>Paciente ≤ 1 año de edad</u>

a. Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos 1 de los siguientes signos:

- ✓ Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.
- ✓ Consolidación.
- ✓ Cavitación.
- ✓ Neumatoceles para los menores de 1 año de edad,

Nota: ***En los recién nacidos sin enfermedades pulmonares o cardiacas subyacentes (por ejemplo: síndrome de distrés respiratorio, edema, pulmonar,***

displasia broncopulmonar, aspiración del meconio) una radiografía de tórax es aceptable.

MÁS

b. Al menos 1 de los signos o síntomas siguientes:
- ✓ Fiebre (>38 °C) sin otra causa conocida.
- ✓ Leucopenia (recuento de leucocitos <4 000/mm^3) o leucocitos (recuento de leucocitos >12 000/mm^3).

MÁS

c. Al menos 2 de los siguientes:
- ✓ Aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.
- ✓ Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea. (ver nota)
- ✓ Estertores o respiración bronquial ruidosa.
- ✓ Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo: desaturación de O_2 (caída PaO_2 / FiO_2 <240) mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico).

CRITERIO 4

<u>Paciente ≤ 1 año de edad</u>

a. Examen radiológico: 2 o más radiografías de tórax seriadas al menos uno de los siguientes signos:
- ✓ Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.
- ✓ Consolidación.
- ✓ Cavitación.
- ✓ Neumatoceles para menores de 1 año de edad,

MÁS

b. Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo: desaturación de O_2 (caída PaO_2 / FiO_2 <240) mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico),

MÁS

c. Por lo menos 3 de los siguientes:
- ✓ Inestabilidad en la temperatura sin otra causa reconocida.
- ✓ Leucopenia (recuento de leucocitos < 5 000/mm^3) o leucocitos (recuento de leucocitos >25 000/mm^3 al nacimiento o 30 000 entre 12 y 24 horas o >21 000 después de 48 horas) y desvío a la izquierda (>10% de fórmulas de banda).
- ✓ Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.
- ✓ Apnea, taquipnea, aleteo nasal con retracción de la pared torácica y ruidos.
- ✓ Tos.
- ✓ Bradicardia (<100lpm) o taquicardia (>170 lpm).

CRITERIO 5

a. <u>Paciente <1 año de edad:</u>

Por lo menos 2 de los siguientes signos: Apnea, taquipnea, sibilantes, roncantes, tos, bradicardia,

MÁS

b. Uno de los siguientes criterios:
- ✓ Esputo purulento o cambio de las características de esputo.
- ✓ Hemocultivo positivo.

- ✓ Cultivo obtenido por Aspiración Transtraqueal (ATT), broncoscopia con cepillo protegido o biopsia.

CRITERIO 6*

Paciente >1 año o <12 años de edad:

a. Paciente con enfermedad de fondo con 2 o más imágenes o pacientes sin enfermedad de fondo con 1 o más imágenes con al menos uno de los siguientes:
   - ✓ Infiltrados nuevo o progresivo y persistente.
   - ✓ Consolidación.
   - ✓ Cavitación,

MÁS

b. Al menos 3 de los siguientes:
   - ✓ Fiebre (>38 °C) o hipotermia (<36°C).
   - ✓ Leucopenia (recuento de leucocitos < 4 000/ mm^3) o leucocitos (recuento de leucocitos >15 000/mm^3).
   - ✓ Nuevo inicio de esputo purulento o cambios en carácter de esputo o aumento de secreciones respiratorias o requerimiento de aspiración.
   - ✓ Nuevo inicio de empeoramiento de la tos, disnea, apnea o taquipnea.
   - ✓ Ruidos o sonidos respiratorios bronquiales.
   - ✓ Tos,

MÁS

c. Empeoramiento de intercambio de gases (por ejemplo: desaturación de oxígeno - oximetría < 94%, aumento en los requerimientos de oxígeno o aumento de la demanda del ventilador.

Criterio del CDC/NHSN 2015.

Consideraciones especiales:

Otras afecciones más difíciles no infecciosas (por ejemplo: edema pulmonar de una insuficiencia cardiaca congestiva descompensada) pueden simular la presentación de neumonía. En los casos más difíciles hay que examinar las radiografías de tórax seriadas para ayudar a distinguir los procesos pulmonares infecciosos de los no infecciosos. Para apoyar la confirmación puede ser útil examinar las radiografías el día del diagnóstico, 3 días antes del diagnóstico y en los días 2 y 7 después del diagnóstico. La neumonía puede iniciarse y progresar rápidamente pero no se resuelve rápidamente. Como resultado, la resolución radiográfica rápida indica que el paciente no tiene la neumonía sino un proceso no infeccioso, como atelectasia o insuficiencia cardiaca congestiva.

Los pacientes con largas estancias hospitalarias pueden presentar episodios múltiples de neumonía nosocomial. Para determinar si se trata de un nuevo episodio debe confirmarse la resolución de la infección inicial. La detección de un nuevo patógeno no debe de ser considerada como único criterio para un nuevo episodio de neumonía.
Si el criterio de inicio de ventilación mecánica es una neumonía no se considerarla para la notificación.

4.2 NEUMONIA CON PATÓGENOS COMUNES U ORGANOS FILAMENTOSOS PATOGENOS Y HALLAZGOS DE LABORATORIO (NEU2)

Presencia de 1 criterio radiológico, 1 criterio clínico y al menos un criterio de laboratorio que se exponen a continuación en un paciente con sospecha de neumonía:

Criterio Radiológico: En pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca 2 o más

radiografías seriadas con al menos uno (*) de los siguientes:
- ✓ Infiltrado nuevo o progresivo y persistente
- ✓ Consolidación
- ✓ Cavitación
- ✓ Neumatoceles en niños ≤ de un año.

MÁS

Al menos 1 de los siguientes signos y síntomas:
- ✓ Nueva aparición de esputo purulento o cambio en las características del esputo o aumento en las secreciones respiratorias o requerimientos de succión.
- ✓ Inicio o empeoramiento de la tos, la disnea o la taquipnea.
- ✓ Presencia de estertores o ruidos respiratorios bronquiales.
- ✓ Empeoramiento del intercambio gaseoso (ej.: desaturación de oxígeno – PaO2/FiO2 ≤ 240, aumento en los requerimientos de oxígeno o aumento de la demanda del ventilador).

Criterio clínico: Presencia de al menos 1 de los siguientes:
- ✓ Fiebre (>38C) sin otra causa reconocida.
- ✓ Leucopenia (<4000 PMN/ml) o leucocitosis (≥12000 PMN/ml).
- ✓ Para adultos de más de 70 años, estado mental alterado sin otra causa reconocida.

CRITERIO 1
Presencia de al menos 1 de los siguientes:
- ✓ Hemocultivo no relacionado a otra fuente de infección.
- ✓ Cultivo positivo de líquido pleural.
- ✓ Cultivo cuantitativo positivo de una muestra mínimamente contaminada del tracto respiratorio bajo (lavado broncoalveolar o cepillado protegido).
- ✓ Una proporción ≥5% de células obtenidas por lavado broncoalveolar con bacterias intracelulares en el examen microscópico directo (ej.: tinción de Gram).
- ✓ Examen histopatológico que muestre al menos una de las siguientes evidencias de neumonía:
  - Formación de abscesos o focos de consolidación con acúmulos intensos de PMN en los bronquiolos y los alvéolos.
  - Cultivo cuantitativo positivo del parénquima pulmonar.
  - Evidencia de invasión del parénquima pulmonar por hifas o pseudohifas.

CRITERIO 2
Al menos 1 de los siguientes:
- ✓ Cultivo positivo para virus o Chlamydia de secreciones respiratorias.
- ✓ Detección de antígeno viral o anticuerpo de secreciones respiratorias (ej.: ELISA, PCR y otros métodos).
- ✓ Elevación de más de cuatro diluciones en los títulos de sueros pareados (IgG) para diferentes patógenos (virus de influenza, Chlamydia).
- ✓ PCR positiva para Chlamydia o mycoplasma.
- ✓ Test positivo de micro inmunofluorescencia para Chlamydia.
- ✓ Cultivo positivo o visualización por micro inmunofluorescencia de Legionella spp, de secreciones respiratorias o tejido.
- ✓ Detección de antígenos L. pneumophila serogrupo I en orina por radioinmunoanálisis o ELISA.
- ✓ Elevación del título de L. pneumophila serogrupo I a más de 1:128 en sueros pareados de fase aguda y convaleciente por IFA indirecta.

Comentario:
- ✓ En pacientes con enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente, se requieren dos o más radiografías de tórax con los hallazgos descritos.

4.3 NEUMONÍA EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS (NEU 3)

CRITERIO 1
Presencia **de un criterio radiológico, uno clínico y de laboratorio** que se exponen a continuación en un paciente con sospecha de neumonía:

Criterio Radiológico: Dos o más radiografías seriadas con al menos 1 de los siguientes:
- ✓ Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.
- ✓ Consolidación.
- ✓ Cavitación.
- ✓ Neumatoceles en niños ≤ un año de edad.

(*) En pacientes sin enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente (ej. SDRA, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC), se acepta como criterio una sola radiografía de tórax.

Criterio Clínico: Paciente que está inmunocomprometido y presenta al menos 1 de los siguientes:
- ✓ Fiebre (>38C) sin otra causa reconocida.
- ✓ Para adultos de más de 70 años, estado mental alterado sin otra causa reconocida.
- ✓ Esputo purulento de nuevo inicio o cambio en las características del esputo o aumento en las secreciones respiratorias o requerimientos de succión.
- ✓ Inicio o empeoramiento de la tos, la disnea o la taquipnea.
- ✓ Estertores o ruidos respiratorios bronquiales.
- ✓ Empeoramiento del intercambio de gas (ej.: de saturación de oxígeno – $PaO_2/FiO_2 \leq$ 240, aumento en los requerimientos de oxígeno o aumento de la demanda del ventilador).
- ✓ Hemoptisis.
- ✓ Dolor pleurítico.

Criterio de Laboratorio: Paciente que presenta al menos 1 de los siguientes:
- ✓ Hemocultivo positivo con Cándida spp.
- ✓ Evidencia de hongos o Pneumocystis jiroveci de una muestra mínimamente contaminada de tracto respiratorio inferior (lavado broncoalveolar o cepillado protegido) de uno de los siguientes:
  - Examen microscópico directo.
  - Cultivo positivo para hongos.
- ✓ Cualquiera de los criterios de laboratorio definidos en NEU2.

5. INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR (TRS)

5.1 Infecciones del tracto respiratorio superior, faringitis, laringitis, epiglotis (TRS)

Se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios en un paciente con sospecha de infección del tracto respiratorio superior:

CRITERIO 1

a. Paciente con **al menos *dos*** de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:
- ✓ Fiebre (>38°C),
- ✓ Eritema o dolor de garganta,
- ✓ Tos, ronquera.
- ✓ Exudado purulento de la garganta.

MÁS

b. **Al menos *1*** de los siguientes:
   - ✓ Organismos cultivados de sitio especifico.
   - ✓ Hemocultivo positivo.
   - ✓ Prueba antigénica positiva en sangre y secreciones respiratorias.
   - ✓ Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero apareado (IgG) para el patógeno.
   - ✓ Dx. médico de infección respiratoria alta.

CRITERIO 2

a. Paciente con un obseso reconocido en examen directo, durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. **Paciente ≤ a 1 año de edad incluidos neonatos**
   Que tenga al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
   - ✓ Fiebre (>38°C),
   - ✓ Hipotermia (<37°C),
   - ✓ Apnea,
   - ✓ bradicardia,
   - ✓ Rinorrea o exudado purulento de la garganta,

MÁS

b. Al ***menos 1*** de los siguientes:
   - ✓ Organismos cultivados de sitio especifico.
   - ✓ Hemocultivo positivo
   - ✓ Prueba antigénica positiva en sangre y secreciones respiratorias.
   - ✓ Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero apareado (IgG) para el patógeno.
   - ✓ Dx. médico de infección respiratoria alta.

6. INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR DIFERENTE A NEUMONIA (TRI)

6.1 Bronquitis, traqueo bronquitis, bronquiolitis, traqueítis, sin evidencia de neumonía (BTBT)

Las infecciones traqueo bronquiales deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente que no tiene evidencia clínica o radiográfica de neumonía.

MÁS

b. Paciente con a***l menos 2*** de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
   - ✓ Fiebre (>38°C),
   - ✓ Tos,
   - ✓ Producción de esputo nuevo o incrementado.
   - ✓ Roncantes
   - ✓ Sibilantes.

MÁS

c. **Al menos 1** de los siguientes:
   - ✓ Cultivo positivo+ obtenido por aspiración traqueal profunda o broncoscopia.
   - ✓ Prueba antigénica positiva para germen patógeno de secreciones respiratorias.

CRITERIO 2

a. **Paciente ≤ 1 año de edades incluidas neonatos** que no tengan evidencias clínicas o radiológicas de neumonía.

MÁS

b. Al menos dos de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38°C rectal o 37.5°c axilar),
- ✓ Tos,
- ✓ Producción de esputo nuevo o incrementado.
- ✓ Roncantes, sibilantes
- ✓ Dificultad respiratoria.
- ✓ Apnea o bradicardia

MÁS

c. ***Al menos 1*** de los siguientes:

- ✓ Cultivo + obtenido por aspiración traqueal profunda o broncoscopia.
- ✓ Prueba antigénica positiva para germen patógeno de secreciones respiratorias.
- ✓ Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero apareado (IgG) para patógeno.

Comentarios:

- ✓ No reportar bronquitis crónica en un paciente con enfermedad pulmonar crónica como una infección a menos que haya evidencia de una infección secundaria aguda, manifestada por un cambio en el microrganismo.

6.2 Otras infecciones del tracto respiratorio inferior (OITRI)

Debe de cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente que tenga organismos vistos en frotis o cultivo de tejido o líquido pulmonar, incluyendo líquido pleural.

CRITERIO 2

b. Paciente con absceso pulmonar o empiema evidenciado durante procedimiento quirúrgico o examen histopatológico

CRITERIO 3

c. Paciente con una imagen compatible con absceso en el examen radiográfico de pulmón.

Comentario

- ✓ Reportar como una NEU la infección del tracto respiratorio inferior y neumonía concurrentes con el/los mismos microorganismos.

* **NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR MECANICO (NAV)**

La neumonía que se presenta en un paciente que se encuentra intubado y conectado a un ventilador mecánico en el momento que inicia la infección o que se presenta hasta 48 horas después del retiro del ventilador.

Esta infección se manifiesta por sintomatología respiratoria (cambios clínicos), cambios radiográficos (aparición de infiltrados o incremento del mismo), de laboratorio y

epidemiológicos, siendo la etiología bacteriana la causa más común de la Neumonía asociada al ventilador mecánico.

7. INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTOR

7.1 Endometritis (END)

Debe tener al ***menos 1*** de los siguientes criterios en una paciente con sospecha de endometritis

CRITERIO 1

Que el paciente tenga cultivo positivo del líquido o del tejido endometrial, obtenidos durante un procedimiento quirúrgico, con aspiración por aguja o con biopsia por cepillado

CRITERIO 2

Al ***menos 2*** de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Dolor abdominal,
- ✓ Hiperestesia uterina o drenaje purulento del útero.
- ✓ Sub involución uterina

Consideraciones especiales

- ✓ Registrar la endometritis post parta como una infección asociada a la atención de salud a menos que el líquido amniótico este infectado al momento de la admisión o el paciente fue admitido 48 horas después de la ruptura de membranas.
- ✓ No reportar endometritis post parto ni cesárea si el paciente es admitido como corioamnionitis.

7.2 Infección de la Episiotomía (EPI)

Presencia de al ***menos 1*** de los siguientes criterios en una paciente con sospecha de infección de la episiotomía.

CRITERIO 1

a. Paciente post parto vaginal con drenaje purulento de la episiotomía.

CRITERIO 2

a. Paciente post parto vaginal que tenga un absceso en la episiotomía

Consideraciones especiales

- ✓ La episiotomía no se considera un procedimiento quirúrgico.

7.3 Tapón vaginal (TAVA)

Presencia de al menos uno de los siguientes criterios en un paciente en postoperatorio de histerectomía con sospecha de infección de tapón o cúpula vaginal:

CRITERIO 1

a. Paciente post histerectomía con drenaje purulento de tapón o cúpula vaginal.

CRITERIO 2

a. Paciente post histerectomía que tenga un absceso en el tapón vaginal.

CRITERIO 3

a. Paciente post histerectomía con cultivo positivo obtenidos del liquido o tejido del tapón vaginal.

7.4 Otras infecciones del tracto reproductivo masculino o femenino (OITRMF):

Presencia de Infección en el epidídimo, testículos, próstata, vagina, ovarios, útero, u otro tejido pélvico profundo excluyendo la endometritis o la infección de la cúpula por tapón vaginal: Presencia de al menos uno de los siguientes criterios en un paciente con sospecha de otras infecciones del tracto reproductor:

CRITERIO 1

b. Paciente cultivo positivo obtenidos de tejido o fluido del sitio afectado.

CRITERIO 2

b. Paciente con un absceso u otra evidencia de infección del sitio afectado visto durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

b. Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas:
- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Nauseas,
- ✓ Hipersensibilidad y disuria

MÁS

c. **Al menos 1** de los siguientes:
- ✓ Hemocultivo positivo.
- ✓ Diagnóstico médico

8. INFECCIONES DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL (GI):

8.1 Gastroenteritis (GAEN):

Debe de tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con diarrea con inicio agudo (deposiciones liquidas por más de 12 horas) con o sin vómitos, fiebre (>38°C) y sin otra causa no infecciosa probable (pruebas diagnósticas, régimen terapéutico diferentes a los agentes antimicrobianos, exacerbación aguda de condición crónica o stress psicológico.

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas:
- ✓ Náuseas, vómitos
- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Dolor abdominal, o cefalea.

MÁS

b. **Al menos 1** de los siguientes:
- ✓ Un patógeno entérico en coprocultivo o hisopado rectal.

- ✓ Un patógeno entérico detectado por microscopia de ruina o electrónica.
- ✓ Un patógeno entérico detectado por antígeno o anticuerpo en sangre o heces.
- ✓ Evidencia de un patógeno entérico detectado por cambios citopáticos en cultivo de tejido (prueba de toxinas).
- ✓ Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero apareado (IgG) para el patógeno.

8.2 Infecciones del Tracto Gastrointestinal (TGI):

Presencia de infección en esófago, estómago, intestino delgado y grueso, y recto, excluyendo gastroenteritis y apendicitis.

CRITERIO 1

a. Paciente con absceso u otra evidencia de infección visto durante un procedimiento de quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida y compatible con infección del órgano o tejido involucrado:

- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Náuseas, vómitos
- ✓ Dolor abdominal o hiperestesia.

MÁS

a. **Al menos 1** de los siguientes:

- ✓ Organismo cultivado de drenaje o tejido obtenido durante un procedimiento quirúrgico, por endoscopía o dren quirúrgico.
- ✓ Organismos reconocidos en la tinción Gram o en solución de KOH o células gigantes multinucleadas vistas en examen microscópico del drenaje o tejido obtenido durante un procedimiento quirúrgico, por endoscopia o de un dren quirúrgico.
- ✓ Hemocultivo positivo.
- ✓ Evidencia de hallazgos patológicos en el examen radiológicos.
- ✓ Evidencia de hallazgo patológicos en el examen endoscópico (ejemplo: esofagitis o proctitis por cándida).

8.3 Hepatitis (HEPA):

Debe cumplir el siguiente criterio en un paciente con sospecha de hepatitis:

No reportar hepatitis o ictericia de origen no infecciosa.

No reportar hepatitis o ictericia que resulta de exposición a hepatotóxicas (hepatitis inducida por acetaminofén o alcohol, etc.)

No reportar la hepatitis o ictericia que resulta de obstrucción biliar (colecistitis).

CRITERIO 1

a. Paciente que tenga **al menos dos** de los siguientes signos y síntomas sin otra causa:

- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Anorexia, nausea, vómito
- ✓ Dolor abdominal, ictericia
- ✓ Historia de transfusión en los últimos 3 meses

MÁS

b. **Al menos 1** de los siguientes:

- ✓ Pruebas de antígenos o anticuerpo positivas para hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C o hepatitis delta.

- ✓ Pruebas de función hepática anormales (ejemplo, elevación de transaminasas TGO/TGP y bilirrubina).
- ✓ Citomegalovirus detectado en orina o secreciones orofaríngeas.

Comentarios

- ✓ No reportar hepatitis o ictericia de origen no infeccioso (ejemplo: deficiencia de antitripsina alfa-1).
- ✓ No reportar hepatitis o ictericia que resulta de exposición a hepatotóxicas (hepatitis inducida por acetaminofén o alcohol, etc.)
- ✓ No reportar la hepatitis o ictericia que resulta de obstrucción biliar (colecistitis)

8.4 Infección intraabdominal (IAB):

Vesícula biliar, conductos biliares, hígado, (excluyendo hepatitis viral) bazo, páncreas, peritoneo, peritoneo, espacio subfrénico o subdiafragmático u otro tejido intraabdominal u otra área.

Debe cumplir ***al menos uno*** de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con organismos cultivados de material purulento del espacio intraabdominal obtenido dentro de un procedimiento quirúrgico o por aspiración con aguja.

CRITERIO 2

a. Paciente con absceso u otra evidencia de infección intraabdominal reconocida durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas:

- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Náuseas, vómitos
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Ictericia

MÁS

b. **Al menos *1*** de los siguientes:

- ✓ Organismos cultivados de drenaje colocado quirúrgicamente (sistema de drenaje cerrado por succión y dren tubo en T).
- ✓ Organismo visto en tinción Gram del drenaje o tejido obtenido durante un procedimiento quirúrgico o por aspiración con aguja.
- ✓ Hemocultivo positivo.
- ✓ Evidencia radiográfica de infección ej. hallazgos anormales en ultrasonido, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, gammagrafía o Rx. de abdomen.

Consideraciones especiales

- ✓ No reportar pancreatitis es un síndrome inflamatorio caracterizado por dolor abdominal, náuseas y vómitos asociados con niveles séricos elevados de enzimas pancreáticas a menos que se determine su origen infeccioso.

8.5 Enterocolitis necrotizante (NEC): Debe cumplir el siguiente criterio.

CRITERIO 1

Paciente ≤ 1 año de edad

a. Al ***menos 2*** de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
- ✓ Aspirado bilioso.
- ✓ Vómitos.
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Regurgitación residual.

MÁS

b. Presencia de sangrado microscópico o macroscópico en heces.

MÁS

c. Al ***menos 1*** de las siguientes anormalidades abdominales radiográficas:
- ✓ Neumoperitoneo.
- ✓ Neumatosis intestinal.
- ✓ Asas "rígidas" sin cambios del intestino delgado.

CRITERIO 2

a. Cirugía Enterocolitis Necrotizante:

Niño que tiene por lo menos 1 de los siguientes hallazgos quirúrgicos:
- ✓ Evidencia quirúrgica de necrosis del intestino (> 2 cm de intestino afectada).
- ✓ Evidencia quirúrgica de neumatosis intestinal con o sin perforación intestinal.

Consideraciones especiales
- ✓ No considerar aspirado Biliar cuando se realiza la aspiración de una sonda transpilórica.
- ✓ La Enterocolitis necrotizante de origen infecciosos con presencia de gérmenes
- ✓ Gram positivos y Gram negativos.

9. INFECCIÓN DE LA PIEL Y LOS TEJIDOS BLANDOS (PTB):

9.1 Infecciones de la piel (PIEL): Las infecciones de la piel o cutáneas deben de cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con drenaje purulento, pústulas, vesículas o forúnculos

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas:
- ✓ Dolor o hipersensibilidad.
- ✓ Hinchazón localizada.
- ✓ Enrojecimiento o calor.

MÁS

a. Al menos uno de los siguientes:
- ✓ Cultivo positivo del aspirado o drenaje del sitio afectado, si los organismos son de la flora normal de la piel debe ser un cultivo puro (ej. Estafilococo coagulasa negativo (incluyendo S. epidermidis), estreptococos del grupo viridans micrococo, difteroides).
- ✓ Hemocultivos positivos.
- ✓ Prueba de antígeno positivo realizada del tejido o sangre infectada (ejemplo, herpes

simple, varicela zoster, H. influenza, N. meningitis).
- ✓ Células gigantes multinucleadas reconocidas en el examen microscópico del tejido afectado.
- ✓ Un único título diagnóstico de anticuerpos IgM o un incremento de 4 veces en el suero pareado IgG para el patógeno.

Comentarios:
- ✓ Las IAAS de piel pueden ser el resultado de la exposición a una variedad de procedimientos realizados en el hospital Infecciones incisionales después de una cirugía, son reportados como ISQ P a menos que la operación sea injerto de by pass coronario.
- ✓ Reportar onfalitis en recién nacidos como ONFA.
- ✓ Reportar en recién nacido las infecciones del sitio de circuncisión como CIRC.
- ✓ Reportar pústulas en los bebés como PUST.
- ✓ Reportar lesión por presión como LPP.
- ✓ Reportar las quemaduras infectadas como QUEM
- ✓ Reportar absceso mamarios o mastitis como MAST.

9.2 Infección de tejido blando (TBL)

Faceites necrotizante, gangrena infecciosa, celulitis necrotizante, miositis infecciosa, linfadenitis o linfangitis.

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo del tejido o drenaje del sitio afectado.

CRITERIO 2

a. Paciente con drenaje purulento del sitio afectado.

CRITERIO 3

a. Paciente con absceso u otra evidencia de infección vista durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 4

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas en el sitio afectado sin otra causa reconocida:
- ✓ Dolor localizado o hipersensibilidad.
- ✓ Enrojecimiento,
- ✓ Inflamación o calor

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes
- ✓ Hemocultivo positivo.
- ✓ Pruebas de antígeno positiva realizadas en sangre u orina (ejemplo: H. influenzae S. pneumoniae, N. meningitidis, Estreptococo grupo B, Cándida spp.)
- ✓ Título único de anticuerpos tipo (IgM) o un incremento de 4 veces en el título de
- ✓ anticuerpos (IgG) para el patógeno

Consideraciones especiales:

- ✓ Registrar la ISQ que involucra la piel y tejidos blandos profundos (debajo de la fascia o capa muscular) como ISQP a menos que el procedimiento quirúrgico sea un injerto de by pass coronario.
- ✓ SI la piel y el tejido blando profundo en el sitio de una incisión torácica se infecta, el FR es ISQP de la pierna.
- ✓ Reportar las Lesión por presión infectada como tal.
- ✓ Reportar la infección del tejido pélvico profundo como tal.

9.3 Lesión por presión infectada (LPPI): Incluyendo infecciones superficiales y profundas.

CRITERIO 1

a. Paciente que tenga **al menos dos** de los siguientes signos y síntomas sin otra causa:

- ✓ Enrojecimiento,
- ✓ Dolor,
- ✓ Inflamación de los bordes de la herida decúbito.

MÁS

d. **Al m*enos 1*** de los siguientes:

- ✓ Cultivo positivo del líquido o tejido recogido adecuadamente.
- ✓ Hemocultivo positivo.

Consideraciones especiales:

- ✓ Sólo el drenaje purulento no es signo de infección.
- ✓ Organismos cultivados de la superficie de una LPP no son suficiente evidencia para que la LPP este infectada.
- ✓ Una muestra apropiadamente colectada de una LPP involucra la aspiración de fluidos con una aguja o la biopsia de tejido del margen de la úlcera.

9.4 Infección de Quemadura (QUEM):

Debe de cumplir al menos uno de los criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con un cambio en la apariencia o carácter de herida de quemadura, tal como una rápida separación de la escara o decoloración marrón oscura, negra o violácea de la misma o edema en el margen de herida.

MÁS

b. El examen histológico de la biopsia de la quemadura demuestra invasión de organismos en el tejido viable adyacente

CRITERIO 2

a. Paciente con un cambio en la apariencia o carácter de herida de quemadura, tal como una rápida separación de la escara o decoloración marrón oscura, negra o violácea de la misma o edema en el margen de herida.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Hemocultivo positivo en ausencia de otra infección identificable.
- ✓ Aislamiento del virus herpes simple identificación histológica de inclusiones por microscopia óptica o electrónica, visualización de partículas virales por microscopia electrónica en una biopsia o raspado de la lesión.

CRITERIO 3

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas:

- ✓ Fiebre (>38ºC),
- ✓ Hipotermia (<36ºC),
- ✓ Hipotensión
- ✓ Oliguria (<20ml/hr) hiperglicemia con una dieta de carbohidratos previamente tolerada.
- ✓ Confusión mental.

MÁS

b. Al menos 1 de los siguientes:

- ✓ Examen histológico de la biopsia de la quemadura que muestra invasión de organismos en el tejido viable adyacente
- ✓ Hemocultivo positivo.
- ✓ Aislamiento del virus herpes simple, identificación histológica de inclusiones de microscopia de óptica o electrónica o visualización de partículas virales por microscopia electrónica en una biopsia o raspado de la lesión.

Consideraciones especiales:

- ✓ Sólo pus en la herida de la quemadura no es adecuado para el diagnóstico de infección de la quemadura, tal purulencia podría reflejar mal cuidado de la herida.
- ✓ Solo fiebre en un paciente quemado no es criterio adecuado para el diagnóstico de infección.
- ✓ Debido a que la fiebre puede ser resultado de trauma tisular o que el paciente podría tener una infección en otro sitio.

9.5 Absceso de mama o Mastitis (MAST):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con un cultivo positivo del tejido o líquido mamario afectado obtenido por incisión y drenaje o aspiración con aguja.

CRITERIO 2

a. Paciente tiene un absceso mamario u otra evidencia de infección reconocida durante procedimiento quirúrgico o examen histopatológico**.**

CRITERIO 3

a. Paciente con fiebre (>38ºC) e inflamación local de la mama.

MÁS

b. Diagnóstico médico de absceso mamario.

Consideraciones especiales:

- ✓ Absceso mamario ocurre más frecuentemente después del parto.
- ✓ Aquellos que ocurren dentro de los 7 días después del parto deben ser considerados como asociados con el cuidado de la salud.

9.6 Onfalitis (ONFA):

Onfalitis en un recién nacido (< = 30 días de edad) debe cumplir ***al menos 1*** de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con eritema y/o drenaje seroso del ombligo.

MÁS

b. ***Al menos 1*** de los siguientes:

- ✓ Cultivo positivo del drenaje o de aspiración con aguja.
- ✓ Hemocultivo positivo.

CRITERIO 2

Paciente con eritema y pus en el ombligo

Consideraciones especiales:

- ✓ Reportar como asociada al cuidado de la salud al tipo de infección que se presenta en un neonato dentro de los 7 días posteriores al alta hospitalaria.

9.7 Pustulosis del infante (PUIN):

Un niño menor de 1 año de edad debe de cumplir **al menos uno** de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. El neonato tiene uno o más pústulas.

MÁS

b. Diagnóstico médico de infección cutánea

CRITERIO 2

a. Infante con uno o más pústulas.

MÁS

b. Inicio de terapia médica antimicrobiana apropiada.

Consideraciones especiales:

- ✓ No reportar eritema tóxico y causas no infecciosas de la psoriasis pustulosa.
- ✓ Reportar como asociada al cuidado de la salud si la infección ocurre en un neonato dentro de los 7 días posteriores alta hospitalaria.

9.8 Infección de la Circuncisión en el recién nacido (CIRC):

La Infección de circuncisión en un recién nacido (< =30 días): Debe de tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Que el recién nacido tenga drenaje purulento del sitio de circuncisión

CRITERIO 2

a. Que el recién nacido tenga al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida en el sitio de circuncisión:
- ✓ Eritema,
- ✓ Inflamación
- ✓ Sensibilidad

MÁS

b. Patógeno cultivado del sitio de circuncisión.

CRITERIO 3

a. El recién nacido tenga al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida en el sitio de circuncisión:
- ✓ Eritema,
- ✓ Inflamación
- ✓ Sensibilidad

MÁS

b. Contaminante de la piel Difteroides Corynebacterium spp. Bacillus spp. [no B. anthracis], Propionibacterium spp, Estafilococos coagulasa negativos incluyendo (S. epidermidis], estreptococos del grupo viridans, Aerococcus spp, Micrococcus spp) que sea cultivado del sitio de circuncisión.

MÁS

c. Diagnóstico médico de infección o que el médico inicie la terapia apropiada.

Consideraciones especiales:

- ✓ Reportar los eventos de infección relacionada con circuncisión en población diferente a recién Nacido (menor = 30 días) ISQ superficial, profundo u órgano o espacio según corresponda.

10 INFECCIONES ÓSEAS Y DE LAS ARTICULACIONES (IOA):

10.1 Osteomielitis (OSTE):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo de una muestra de hueso.

CRITERIO 2

a. Paciente con evidencia de osteomielitis en el examen directo del hueso durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
- ✓ Hinchazón localizada,
- ✓ Dolor,
- ✓ Calor o drenaje en el sitio sospechoso de infección ósea.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:
- ✓ Hemocultivo positivo
- ✓ Prueba de antígeno en sangre positiva (influenza s. neumonía).
- ✓ Evidencia radiográfica de infección, hallazgos anormales en radiografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, estudio de gammagrafía ósea.

10.2 Infección de la Articulación o bursa (ARBU):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo del fluido articular o biopsia sinovial.

CRITERIO 2

a. Paciente con evidencias de infección en una articulación o bursa reconocida durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
- ✓ Dolor articular,
- ✓ Inflamación
- ✓ Hipersensibilidad,
- ✓ Calor,
- ✓ Evidencia de derrame articular,
- ✓ Limitación de movimiento.

MÁS

b. Al menos uno de los signos y síntomas:
- ✓ Organismos y leucocitos reconocidos en tinción gram de fluido articular.
- ✓ Prueba de antígeno positiva (h. influanzae, S pneumoniae).
- ✓ Citoquímico del líquido articular compatible con infección y que no se explica por un trastorno reumatológico subyacente.
- ✓ Evidencia radiográfica de infección, por ejemplo, hallazgos anormales en radiografía, TAC, resonancia magnética nuclear, estudio de gammagrafía ósea.

10.3 Infección del espacio discal (DISC)

Debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo del tejido del espacio discal vertebral obtenidos durante un procedimiento quirúrgico o aspiración con aguja.

CRITERIO 2

a. Paciente con evidencia de infección del espacio discal vertebral reconocido durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Paciente con fiebre (>38 º C) sin otra causa reconocida o dolor en el disco intervertebral involucrado.

MÁS

b. Evidencia radiográfica de infección Ejemplo, hallazgos anormales en radiografía, TAC, resonancia magnética nuclear o estudio de gammagrafía con galio o tecnecio.

CRITERIO 4

a. Paciente con fiebre (>38 º C) sin otra causa reconocida y dolor en el espacio vertebral comprometido.

MÁS

b. Prueba de antígeno positivo en sangre u orina (ejemplo: H. influenzae N. meningitidis o Estreptococo grupo B).

11 INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC):

11.1 Infección intracraneana (IIC): Incluye absceso cerebral, infección subdural o epidural, encefalitis. Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo de tejido cerebral o duramadre.

CRITERIO 2

a. Paciente con un absceso o evidencia de infección intracraneal reconocida durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Cefalea,
- ✓ Mareos,
- ✓ Signos neurológicos localizados,
- ✓ Cambios en el nivel de conciencia o confusión.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Cultivo positivo de tejido de cerebro o absceso obtenido por aspiración con aguja o biopsia durante un procedimiento quirúrgico o autopsia
- ✓ Detección de antígenos en sangre u orina para un germen patógeno.
- ✓ Evidencia radiológica de infección ejemplo, hallazgos anormales en el ultrasonido, TAC, resonancia magnética nuclear, gammagrafía cerebral o arteriografía.
- ✓ Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en anticuerpos tipo (IgG) para patógeno.

MÁS

c. Si el diagnóstico de absceso cerebral hecho antes de la muerte del paciente y recibió terapia medica antimicrobiana apropiada.

CRITERIO 4

a. Pacientes menores de ≤ 1 año de edad incluido neonatos que tenga manifestaciones del sistema nervioso central compatibles con un absceso cerebral se debe cumplir al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre(<38ºC)
- ✓ Hipotermia (<36ºC)
- ✓ Apnea, bradicardia
- ✓ Signos neurológicos localizados o cambios en el nivel de conciencia.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Cultivo positivo de tejido de cerebro o absceso obtenido por aspiración con aguja o biopsia durante un procedimiento quirúrgico o autopsia
- ✓ Detección de antígenos en sangre u orina para un germen patógeno.
- ✓ Evidencia radiográfica de infección ejemplo, hallazgos anormales en el ultrasonido, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, gammagrafía cerebral o arteriografía.
- ✓ Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en anticuerpos tipo (IgG) para patógeno.

MÁS

c. Si el diagnóstico es realizado antes de la muerte del paciente y recibió terapia médica antimicrobiana apropiada.

CONSIDERACION ESPECIAL:

- ✓ Si la meningitis y el absceso cerebral están presentes al mismo tiempo, reportar la infección como IIC.

11.2 Meningitis o ventriculitis (MEVE):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo del líquido céfalo raquídeo (LCR).

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre
- ✓ Cefalea,
- ✓ Rigidez de nuca,
- ✓ Signos meníngeos,
- ✓ Signos de pares craneales (+) o irritabilidad.

MÁS

b. Al **menos uno** de los siguientes:

- ✓ Incremento de leucocitos, elevación de las proteínas y/o disminución de la glucosa en el LCR.
- ✓ Microrganismos vistos en la tinción Gram del LCR.
- ✓ Hemocultivo positivo.
- ✓ Prueba antigénica positiva del LCR, sangre u orina.
- ✓ Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero pareado (IgG) para el patógeno.

MÁS

c. Si el diagnóstico de infección del sistema nervioso central es realizado antes de la muerte del paciente y recibió terapia médica antimicrobiana apropiada.

CRITERIO 3

a. Paciente ≤ 1 año en el que el pediatra sospeche compromiso del sistema nervioso Central.
b. Que tenga al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38ºC)
- ✓ Hipotermia (<36ºC)
- ✓ Apnea, bradicardia,
- ✓ Rigidez de nuca,
- ✓ Signos meníngeos.
- ✓ Signos de pares craneales (+), irritabilidad o convulsión.

MÁS

c. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Incremento de leucocitos.
- ✓ Microorganismos vistos en la tinción Gram del LCR.
- ✓ Hemocultivo positivo.
- ✓ Título único diagnóstico de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero pareado (IgG) para el patógeno.
- ✓ Detección de antígenos de gérmenes patógenos en LCR, sangre u orina.
- ✓ Amplificación de DNA para patógenos específicos, mediante biología molecular.

MÁS

d. Si el diagnóstico de infección del sistema nervioso central es realizado antes de la muerte y el médico inicia terapia antimicrobiana apropiada.

Consideraciones especiales:

- ✓ Reportar meningitis en el neonato como intrahospitalaria a menos que haya una completa evidencia que indique que la meningitis fue adquirida transplacentariamente.
- ✓ Reportar infección por derivación del LCR como infección de sitio quirúrgico de órgano espacio de tipo meningitis o ventriculitis si ocurre en menor de <1 desde su colocación, si es posterior, registrarla como MEVE.
- ✓ Reportar la meningoencefalitis y el absceso de la medula espinal con meningitis como MEVE.

11.3 Absceso de médula espinal sin meningitis (AMESM):

Debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo del absceso del espacio epidural o subdural de la medula espinal.

CRITERIO 2

a. Paciente con diagnóstico absceso en el espacio epidural o subdural de la médula espinal durante el acto operatorio, autopsia o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas con sospecha de compromiso espinal

- ✓ Fiebre (>38º C)
- ✓ Dolor dorsal,
- ✓ Malestar focal,
- ✓ Radiculitis,
- ✓ Paraparesia o paraplejia.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Hemocultivo positivo.
- ✓ Evidencia radiológica de absceso espinal (ejemplo, hallazgos anormales en melografía ecografía, TAC, RMN, gammagrafía etc.).

MÁS

c. Si el diagnóstico de compromiso espinal es hecho antes de muerte, el médico inicia terapia antimicrobiana apropiada.

Consideraciones especiales:

- ✓ Reportar el absceso de médula espinal con meningitis como MEVE.

12 INFECCIONES DEL SISTEMA CARDIOVACULAR (SCV)

12.1 Endocarditis (ENDO): Debe cumplir con **al menos uno** de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo de la válvula o vegetación

CRITERIO 2

a. Paciente con dos o más de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
   - ✓ Fiebre.
   - ✓ Soplo nuevo o cambiante.
   - ✓ Fenómeno embolico
   - ✓ Manifestaciones cutáneas (ej., petequias, hemorragias en astilla, nódulos subcutáneos dolorosos),
   - ✓ Insuficiencia cardiaca congestiva con anormalidad en la conducción cardiaca.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:
   - ✓ Dos o más hemocultivos positivos.
   - ✓ Organismos vistos en tinción Gram de la válvula cuando el cultivo es negativo o no se realizó.
   - ✓ Vegetación valvular vista durante un procedimiento quirúrgico o autopsia.
   - ✓ Detección de antígeno positivo en sangre u orina (por ejemplo, pneumoniae, N. meningitidis o estreptococo grupo B).
   - ✓ Evidencia de una nueva vegetación reconocida en la ecocardiografía.

MÁS

c. Diagnóstico de endocarditis hecho antimorten, que el médico haya iniciado la

terapia antimicrobiana apropiada

CRITERIO 3

a. Paciente ≤ 1 año edad incluido neonato:
Con dos o más de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida.
- ✓ Fiebre (>38ºC)
- ✓ Hipotermia
- ✓ Apnea, bradicardia,
- ✓ Soplo nuevo o cambiante,
- ✓ Fenómeno embólico,
- ✓ Manifestaciones cutáneas (por ej.; petequias, hemorragias en astilla, nódulos subcutáneos dolorosos).
- ✓ Insuficiencia cardiaca congestiva o anormalidad en la conducción cardiaca.

MÁS

b. Dos o más hemocultivos positivos.
- ✓ Organismos reconocidos en la tinción Gram de la válvula cuando el cultivo es negativo o no se realizó.
- ✓ Vegetación valvular vista durante un procedimiento quirúrgico o autopsia
- ✓ Detección de antígeno positivo en sangre u orina (ej., H. influenza S. pneumoniae, N. meningitidis o estreptococo grupo B).
- ✓ Evidencia de una nueva vegetación reconocida en la ecocardiografía.

MÁS

c. Diagnóstico de endocarditis hecho antimorten, que el médico haya iniciado la terapia antimicrobiana apropiada.

12.2 Miocarditis o pericarditis (MIPE):

Debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo del tejido pericárdico o fluido obtenido por aspiración con aguja o durante un procedimiento quirúrgico

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
- ✓ Fiebre (>38ºC)
- ✓ Dolor torácico,
- ✓ Pulso paradójico
- ✓ Aumento del tamaño del corazón

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:
- ✓ EKG anormal consistente con miocarditis o pericarditis.
- ✓ prueba de antígeno positiva en sangre (ejemplo: H. influenza, s pneumoniae).
- ✓ Evidencia de miocarditis o pericarditis en el examen histológico del tejido Cardiaco.
- ✓ Elevación en 4 veces los títulos de anticuerpo específicos contra virus relacionados con agentes causales.
- ✓ Derramen pericárdico identificado con ecocardiografía, TAC, RMN, o

angiografía.

CRITERIO 3

a. Paciente ≤ 1 año edad incluido neonato.
Con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38ºC)
- ✓ Hipotermia
- ✓ Apnea
- ✓ Bradicardia
- ✓ Pulso paradójico
- ✓ Aumento del tamaño del corazón

MÁS

c. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ EKG anormal consistente con miocarditis o pericarditis.
- ✓ Prueba de antígeno positiva en sangre (H. influenza, S. pneumoniae.
- ✓ Evidencia de miocarditis o pericarditis en el examen histológico del tejido cardíaco
- ✓ Elevación en 4 veces los títulos de con agentes causales.

Consideraciones especiales:

- ✓ Muchos casos de operados del corazón o con pericarditis post infarto miocárdico no son infecciosos.

12.3 Mediastinitis (MEDI):

Debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo del tejido mediastinal o de un fluido obtenido durante un procedimiento quirúrgico o aspiración con aguja.

CRITERIO 2

a. Paciente con evidencia de mediastinitis reconocida durante procedimiento quirúrgico o examen histopatológico

CRITERIO 3

a. Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre(<38ºC)
- ✓ Dolor torácico o inestabilidad esternal,

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Drenaje purulento del área mediastinal
- ✓ Organismos en el hemocultivo o en el cultivo de la descarga del área mediastinal.
- ✓ Ensanchamiento mediastinal en las Rx.

CRITERIO 4

a. En pacientes ≤ 1 año de edad incluida neonatos con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
   - ✓ Fiebre(<38ºC).
   - ✓ Hipotermia (<36ºC)
   - ✓ Apnea, bradicardia
   - ✓ Inestabilidad esternal.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:
   - ✓ Drenaje purulento del área mediastinal
   - ✓ Organismos en el hemocultivo o en el cultivo de la descarga del área mediastinal.
   - ✓ Ensanchamiento mediastinal en las Rx.

Comentario:

- ✓ Reportar mediastinitis post cirugía cardiaca que es acompañada por osteomielitis como infección del sitio operatorio mediastinal (ISQ-MED).

12.4 Infección Arterial o Venosa (VASC):

Presencia de al menos uno de los siguientes criterios en un paciente con sospecha de infección arterial o venosa:

CRITERIO 1

a. Organismos cultivados de las arterias o venas removidas durante un procedimiento quirúrgico.

MÁS

b. Hemocultivos negativos o no realizados

CRITERIO 2

a. Evidencia de infección arterial o venosa vista durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Que tenga al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre(<38ºC)
- ✓ Dolor
- ✓ Eritema o calor que comprometa el sitio vascular.

MÁS

b. Más de 15 colonias cultivadas de la punta de una cánula intravascular empleando método semicuantitativo de cultivo.

MÁS

c. Hemocultivos negativos o no realizados.

CRITERIO 4

a. Drenaje purulento en el sitio de inserción vascular.

MÁS

b. Hemocultivos negativos o no realizados.

CRITERIO 5

a. <u>En pacientes menor e igual a un año de edad incluida neonatos</u>, que tenga al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (<38ºC rectal o > 37,5ºC axilar).
- ✓ Hipotermia (<37 ºC y <36ºC axilar)
- ✓ Apnea, bradicardia
- ✓ Letargo o dolor
- ✓ Eritema o calor en el sitio vascular comprometido

MÁS

b. Cultivo de la punta de una cánula intravascular empleando método semicuantitativo de cultivo, con más de 15 colonias.

MÁS

c. Hemocultivos negativos o no realizados.

Comentario:

- ✓ Reportar infecciones intravasculares con hemocultivos positivos como infección del torrente sanguíneo por laboratorio (ITS).

13 INFECCIONES DE OJO, OIDO Y NARIZ

13.1 Conjuntivitis (CONJ): Debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios en un paciente con sospecha de conjuntivitis:

CRITERIO 1

a. Paciente que tenga aislamiento de un patógeno (s) a partir del exudado purulento obtenido de la conjuntiva o tejidos contiguos tales como el parpado, cornea, glándulas de meibomio o glándulas lacrimales.

CRITERIO 2

a. Paciente con dolor o enrojecimiento de la conjuntiva o alrededor del ojo. Infante con uno o más pústulas

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:
   - ✓ Leucocitos y organismos reconocidos en la tinción Gram del exudado.
   - ✓ Exudado purulento.

- ✓ Prueba de antígeno positiva en el exudado o impresión conjuntival (ej., ELISA o IF para Chlamydia trachomatis, virus herpes simple, adenovirus).
- ✓ Células gigantes multinucleadas reconocidas en el examen microscópico del exudado o raspado conjuntival.

Consideraciones especiales:

- ✓ Reportar otras infecciones del ojo como OJO
- ✓ No reportar conjuntivitis química causada por nitrato de plata (AgNO3) como infección intrahospitalaria.
- ✓ No reportar conjuntivitis que ocurre como parte de una enfermedad viral más ampliamente diseminada (sarampión, varicela).

13.2 Otras infecciones oculares diferente a conjuntivitis (ODC):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios en un paciente de otras infecciones del ojo diferentes a conjuntivitis:

CRITERIO 1

a. Paciente con cultivo positivo anterior o posterior del ojo o del fluido vítreo.

CRITERIO 2

a. Al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: dolor ocular, alteración visual, hipopión.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:

- ✓ Diagnóstico médico de una infección ocular.
- ✓ Prueba de antígeno positivo en sangre (h. influenza, S pneumoniae,)
- ✓ Hemocultivo positivo.

13.3 Infecciones del Oído, Mastoides (OTIO):

13.3.1 Otitis Externa (OTIEX):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios en un paciente con sospecha de otitis externa.

CRITERIO 1

a. Paciente con patógenos cultivados de drenaje purulento del canal auditivo.

CRITERIO 2

a. Al Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

- ✓ Fiebre (>38º C)
- ✓ Dolor, enrojecimiento
- ✓ Drenaje del canal auditivo

MÁS

b. Evidencia de microrganismos en la tinción Gram del drenaje purulento.

13.3.2 Otitis Media (OTIME):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios en un paciente con sospecha de otitis media.

CRITERIO 1

a. Paciente con organismos cultivados en el líquido del oído medio obtenido por timpanocentesis o un procedimiento quirúrgico.

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

✓ Fiebre (>38º C).
✓ Dolor en el tímpano.
✓ Inflamación
✓ Retracción o disminución de la movilidad del tímpano o liquido detrás del tímpano.

13.3.3 Otitis Interna (OTIN):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con organismos cultivados en el líquido del oído interno obtenido por procedimiento quirúrgico.

CRITERIO 2

a. Paciente con diagnóstico médico de infección del oído interno.

13.4 Mastoiditis (MAST):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Paciente con organismos cultivados en el drenaje purulento de la Mastoides.

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:

✓ Fiebre (>38º C)
✓ Dolor, hipersensibilidad,
✓ Eritema,
✓ Cefalea

- ✓ Parálisis facial

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:
   - ✓ Organismos reconocidos en la tinción Gram del material purulento de la mastoides.
   - ✓ Prueba de antígeno positivo en sangre.

13.5 Infecciones de la Cavidad Oral (ORAL):

Boca, lengua, o encías: las infecciones de la cavidad oral deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1

a. Que el paciente tenga organismos cultivados del material purulento de los tejidos o cavidad oral.

CRITERIO 2

a. Que el paciente tenga un absceso un absceso u otra evidencia de infección de la cavidad oral vista en el examen directo, durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.

CRITERIO 3

a. Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
   - ✓ Absceso,
   - ✓ Ulceración
   - ✓ Manchas blancas en el relieve en mucosa inflamada.
   - ✓ Placas en la mucosa oral.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:
   - ✓ Organismos en la tinción Gram
   - ✓ Tinción con KOH (hidróxido de potasio) positiva en secreciones orales.
   - ✓ Células gigantes multinucleadas reconocidas en el examen microscópico del raspado de la mucosa.
   - ✓ Prueba de antígeno positivo en secreción oral.
   - ✓ Un único título diagnóstico de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero pareado (IgG) para el patógeno.
   - ✓ Diagnóstico médico de infección y tratamiento con antimicótico tópico u oral.

Consideraciones especiales:

- ✓ Registrar infección intrahospitalaria primaria de herpes simple de la cavidad oral como ORAL, Infecciones recurrentes de herpes no son intrahospitalarias.

13.6 Sinusitis (SINU):

Se deben cumplir **al menos uno** de los siguientes criterios en un paciente con sospecha de sinusitis.

CRITERIO 1

a. Paciente con organismos cultivados en el material purulento obtenido de los

senos paranasales.

CRITERIO 2

a. Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:
   - ✓ Fiebre (>38ºC)
   - ✓ Dolor o hipersensibilidad sobre el seno paranasal involucrado,
   - ✓ Cefalea,
   - ✓ Exudado purulento obstrucción nasal.

MÁS

b. Al menos uno de los siguientes:
   - ✓ Translimitación positiva
   - ✓ Examen radiográfico positivo.

ANEXO N° II

Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria

ENCUESTA DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD

NOMBRE DEL HOSPITAL _____ **FECHA** / /

SERVICIO ENCUESTADO _____ **CÓDIGO DEL SERVICIO** _____

INVESTIGADOR: _____

I							II						III						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
SERVICIO	Nº DE ORDEN	Nº DE CAMA	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	SEXO	FECHA ADMISIÓN A HOSPITAL: dd/mm/aa	CIE 10 INGRESO	DATOS DE REFERENCIA			ESTANCIA	FECHA DE INICIO DE IAAS D/M/A	TIPO DE IAAS ANEXO IV	MICROBIOLOGÍA		ATB QUE RECIBE (ANEXO VII)	FACTORES DE R. INSTRÍNSECO (ANEXO VIII)	FACTORES DE R. EXTRÍNSECO (ANEXO IX)
									REFERIDO (1) REHOSPITALIZADO (2)	VIENE CON IAAS (SI: 1, NO: 2)	TIPO IAAS DE REFERENCIA (ANEXO 3)				TIPO DE CULTIVO ANEXO V	MICROORGANISMO ANEXO VI			

I. Datos Generales del Paciente
II. Datos de la Hospitalización en el Centro Asistencial
III. Datos Relacionados a las IAAS

INSTRUCTIVO

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Los datos generales del paciente corresponden a los primeros 7 ítems del cuerpo de la encuesta del 1 al 7:

1. SERVICIO

Registrar el código del servicio encuestado que corresponde según anexo III.

2. N° DE ORDEN

Registrar el número del caso encuestado, uno por cada fila: 1, 2, 3, ……

3. N° CAMA

En la encuesta deberá estar todas las camas físicas que hay en el servicio, aunque estén vacías para un mejor control.

- ✓ El coordinador deberá tener el listado de las camas físicas de los servicios
- ✓ La encuesta deberá registrar por cada fila, todos los números de camas físicas del servicio, incluyendo las ***camas que no se van a encuestar.***
- ✓ Las camas vacantes: anotar el N° de cama y su condición de *"**vacante**"*.
- ✓ Las camas ocupadas y que no serán encuestadas ejemplo: Una cama ocupada por un paciente proveniente de la consulta externa el día de la encuesta, en este caso: se anotará el N° de cama y su condición: *"paciente ingreso de hoy proveniente de la consulta externa.*

4. DNI

Registrar el n° número de documento nacional de identidad.

5. APELLIDOS Y NOMBRES

Registrar los apellidos y nombres de paciente.

6. EDAD DEL PACIENTE

La edad del paciente se registrará en la columna correspondiente según:

- En Recién nacidos hasta 28 días cumplidos: se registrará la edad del paciente con una **d = 15 d.**
- En Niños desde 29 días de nacido a 11 meses 29 días cumplidos: se registrará la edad del paciente con una **M = 11 M**
- A partir de 1 año de edad cumplido en adelante: se registrará la edad del paciente **en Años.**

7. SEXO:

- ✓ Registrar en la columna, el código correspondiente al sexo del paciente encuestado:

Código 1: Masculino Código 2: Femenino.

II. DATOS DE LA HOSPITALIZACION EN LA IPRESS

8. FECHA DE ADMISION A LA IPRESS

- ✓ *Registrar el **Día/ Mes/ Año/** de la admisión del paciente a la IPRESS.*

  Ejemplos:

- ✓ *Un paciente que ingresa por el servicio de emergencia el 01/08/24 y es transferido al servicio de medicina el 02/08/24 (servicio donde es registrado por la Encuesta del EPP-IAAS), la fecha de admisión será el 01/08/24*

- ✓ *Paciente ingresa por Consultorios Externos el 20 de agosto al Servicio de Cirugía y luego es transferido el 24 de agosto al Servicio de Gastroenterología (servicio donde es registrado por la Encuesta del EPP-IAAS), la fecha de admisión será el 20 de agosto.*

9. CIE 10:

- ✓ Registrar el CIE – 10 de ingreso

10. CASO REFERIDO

- ✓ Para fines de la Encuesta del EPP-IAAS, un caso referido es todo paciente proveniente de una IPRESS de EsSalud o proveniente de otro centro hospitalario que puede ser el MINSA o Clínica Privada u otro, **sea o no asegurado.**

- ✓ Este dato se recoge, de la hoja de Ingreso del paciente, tenga o no-hoja de referencia institucional, es suficiente que conste en la hoja de ingreso que elabora el médico al recibir al paciente.

CODIGO 1: PACIENTE ES REFERIDO

CASO REHOSPITALIZADO:

- ✓ Para fines de la Encuesta del EPP-IAAS, se considera paciente rehospitalizado, al que reingresa al área de internamiento del centro asistencial por la patología, o cuadro clínico **motivo de la estancia anterior**.

- ✓ Registrar si el caso corresponde, según el código:

CODIGO 2: PACIENTE REHOSPITALIZADO

11. VIENE CON IAAS:

- ✓ Cuando el motivo de la rehospitalización y referido es o ha sido una IAAS como consecuencia de su estancia anterior, tomar como un tiempo referencial hasta 30 días para el caso de pacientes no quirúrgicos y quirúrgicos sin implantes protésicos, y hasta 1 año en pacientes quirúrgicos con implantes protésicos.

- ✓ A pesar de ser tiempos referenciales, debe predominar el criterio profesional.
- ✓ Registrar si el caso corresponde, según el código:

CODIGO 1: SI
CODIGO 2: NO

Si contesta SI, pasar al siguiente ítem.

12. TIPO DE IAAS DE REFERENCIA

- ✓ Al registrar este dato según Anexo IV.

13. ESTANCIA:

Marcar X si el paciente tiene menos de 48 horas, será nuestro primer filtro de inclusión en el día del EPP – IAAS.

III. DATOS RELACIONADOS A LAS IAAS

- ✓ **ESTE DATO SE RECOGERÁ EN FUNCION DE LA PRESENCIA DE IAAS EN EL PACIENTE EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL EPP-IAAS.**

Es esta columna registrar el código del anexo IV.

Recordar:

- ✓ Sólo se registrará la IAAS – presente clínicamente y/o microbiológicamente al momento de la encuesta.
- ✓ No se registrarán las IAAS que han remitido en días anteriores y al momento ya no son manifiestas ni clínica, ni microbiológicamente.
- ✓ En el caso de un paciente que fuera referido de otra IPRESS por una IAAS, adquirida en ese hospital y que al momento del Estudio de Prevalencia la IAAS está presente la IAAS – se registrará VIENE con IAAS considerando los criterios definidos en la definición operacional de una IAAS. Este caso se enviará a la IPRESS de EsSalud correspondiente.

DATOS DE LAS IAAS:

14. FECHA DE INICIO DE LA IAAS

- ✓ Registrar el **DIA/MES/AÑO** del inicio de la IAAS ***en la IPRESS.***
- ✓ Este dato no se llenará en el caso que el paciente presente una IAAS adquirida en otra IPRESS y que al momento está presente.
- ✓ La fecha de inicio de IAAS, se determina tomando como referencia la fecha en que se manifiestan los síntomas y signos clínicos o de laboratorio de la IAAS.
- ✓ Si el paciente tiene presente más de una IAAS, utilizar las filas siguientes de la encuesta, corresponde una fila por cada infección identificada en el paciente.

15. TIPO DE IAAS

- ✓ Registrar según el listado de códigos el tipo de IAAS identificada (Anexo IV).
- ✓ Seguir criterios epidemiológicos de las IAAS (Anexo I).

MICROBIOLOGIA

16. TIPO DE CULTIVO

- ✓ Registrar el tipo de cultivo según corresponda en el anexo V. 1 hemocultivo, 2 urocultivo, 3 secreción bronquial, 4 secreción herida operatoria, 5 Coprocultivo 6. Otros,7. Sin cultivo.

17. MICROORGANISMO

- ✓ Registrar el código de microorganismos del anexo VI.

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO

18. ANTIBIOTICO QUE RECIBE

- ✓ Registrar el antibiótico usado el día del EPP-IAAS según el código del anexo VII.

IV. FACTORES DE RIESGO

Representa el tipo de dispositivo utilizado (sondas vesicales, tubo endotraqueal, traqueotomía, ventilador mecánico, catéter venoso central, catéter venoso periférico, catéter umbilical, cirugías, etc.) y los factores de riesgo intrínsecos (diabético, hipertenso, neoplasia, insuficiencia renal, etc.) y que se pueda verificar colocando en el paciente el día del estudio o mediante el registro en la historia clínica, para determinar que el dispositivo haya sido utilizado.

19. FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS

- ✓ Se considera factor de riesgo intrínseco a la condición fisiopatológica o clínica propia del paciente que incrementa el riesgo de padecer una IAAS.
- ✓ Este factor de riesgo debe estar presente durante la estancia del paciente y registrado en la historia clínica.
- ✓ Registrar según el código o códigos respectivos según el Anexo VIII, separarlos por comas.

Otros procedimientos: REGISTRAR – realizar la consulta correspondiente con el coordinador.

20. FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS REALIZADOS EN EL PACIENTE

- ✓ **ESTE DATO SE RECOGERÁ EN FUNCION DE LA PRESENCIA DE IAAS EN EL PACIENTE.**

- ✓ Incluye además todos los procedimientos a los que se somete el paciente el día de la encuesta y hasta 48 horas de hospitalización previas al estudio, en neonatos se considera hasta 72 horas.

- ✓ Según el anexo IX, registrar el código correspondiente, puede registrarse más de un código, separándolo por comas.

Otros procedimientos: REGISTRAR – realizar la consulta correspondiente con el coordinador.

ANEXO III
CODIGOS DE LOS SERVICIOS

Servicio	Códigos
Cardiología.	1
Cirugía cabeza, cuello y/o maxilofacial.	2
Cirugía de tórax y/o Cardiovascular.	3
Cirugía de Trasplantes	4
Cirugía pediátrica.	5
Cirugía plástica y quemados.	6
Cirugía.	7
Dermatología.	8
Emergencia.	9
Endocrinología.	10
Gastroenterología.	11
Geriatría.	12
Ginecología.	13
Hematología Clínica.	14
Infectología	15
Inmunología.	16
Mastología.	17
Medicina general.	18
Medicina interna.	19
Nefrología.	20
Neonatología	21
Neumología.	22
Neurocirugía	23
Neurología.	24
Obstetricia.	25
Oftalmología.	26
Oncología.	27
Otorrinolaringología.	28
Pediátrica clínica.	29
Psiquiatría.	30
Reumatología.	31
Traumatología, Ortopedia y Manos.	32
UCI.	33
UCIN	34
Urología.	35

Las IPRESS que tengan servicios que no se encuentren en el presente listado y que corresponde a subespecialidades o áreas específicas dentro de algún servicio o departamento asistencial, deben ser incluidas en alguno de los códigos del listado. Asimismo, se recalca que este listado estandariza el código de los servicios asistenciales de las IPRESS para el reporte que envían las Redes Asistenciales /Prestacionales a la OIIS de la Sede Central.

Por lo tanto, no se debe aumentar códigos adicionales a este listado. Cualquier observación al respecto, se debe coordinar con el responsable de la Vigilancia de IAAS de la OIIS de la Sede Central

ANEXO IV
CÓDIGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD

Código	Siglas	Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
1	**ITS**	**Infección del torrente sanguíneo.**
1.1	ITS	Infección del torrente sanguíneo: Incluye bacteria fungémica, septicemia y sepsis.
2	**ITU**	**Infección del tracto urinario.**
2.1	ITU	Infección urinaria.
2.2	OITU	Otras infecciones del trato urinario.
3	**ISQ**	**Infección del sitio quirúrgico.**
3.1	ISQS	Infección del sitio quirúrgico superficial.
3.2	ISQP	Infección del sitio quirúrgico profunda.
3.3	ISQOE	Infección del sitio quirúrgico de órgano/espacio.
4	**NEU**	**Neumonía.**
4.1	NEU1	Neumonía definida clínicamente.
5	**TRS**	**Infecciones del tracto respiratorio superior.**
5.1	TRS	Infecciones del tracto respiratorio superior, faringítis, laringítis, epiglotis.
6	**TRI**	**Infecciones del tracto respiratorio inferior diferente a neumonía.**
6.1	BTBT	Bronquitis, traqueo bronquítis, bronquiolitis, traqueítis sin evidencia de neumonía.
6.2	OITRI	Otras infecciones del tracto respiratorio inferior.
7	**ITR**	**Infecciones del tracto reproductor.**
7.1	END	Endometritis.
7.2	EPI	Infección de episiotomía.
7.3	OITRMF	Otras infecciones del tracto reproductivo masculino o femenino.
8	**TGI**	**Infecciones del sistema gastrointestinal.**
8.1	GAEN	Gastroenteritis.
8.2	TGI	Infección del tracto gastrointestinal.
8.3	HEPA	Hepatitis.
8.4	IAB	Infección intrabdominal.
8.5	NEC	Enterocolitis necrotizante.
9	**IPTB**	**Infección de la piel y otros tejidos blandos.**
9.1	PIEL	Infección de la piel.
9.2	TBL	Infección del tejido blando.
9.3	LPPI	Lesión por Presión Infectada.
9.4	QUEM	Infección de quemadura.
9.5	MAST	Abseso de mama o mastitis.
9.6	ONFA	Onfalitis.
9.7	PUIN	Pustulosis del infante.
9.8	CIRC	Infección de la Circuncisión en el recién nacido.
10	**IOA**	**Infecciones óseas y de las articulaciones.**

10.1	OSTE	Osteomielitis.
10.2	ARBU	Infección de la articulación o bursa.
10.3	DISC	infección de espacio discal.
11	**SNC**	**Infecciones del sistema nervioso central.**
11.1	IIC	infección intracraneana.
11.2	MEVE	Meningitis o ventriculitis.
11.3	AMESM	Absceso de médula espinal sin meningitis.
12	**SCV**	**Infecciones del sistema cardiovascular.**
12.1	ENDO	Endocarditis.
12.2	MIPE	Miocarditis o pericarditis.
12.3	MEDI	Mediastinitis.
12.4	VASC	infección arterial o venosa.
13	**IOON**	**Infección del ojo, oído y nariz.**
13.1	CONJ	Conjuntivitis.
13.2	ODC	Otras infecciones oculares diferentes a conjuntivitis.
13.3	OIDO	Infección del Oído y mastoides.
13.3.1	OTIEX	Otitis externa.
13.3.2	OTIME	Otitis media.
13.3.3	OTIN	Otitis interna.
13.4	MAST	Mastoiditis.
13.5	ORAL	Infección de cavidad oral.
13.6	SINU	Sinusitis.

*Los códigos a utilizar son aquellos que tengan tres a más dígitos.

ANEXO V
TIPO DE CULTIVO

Tipos de Cultivos
1 Hemocultivo.
2 Urocultivo.
3 Cultivo de Secreción bronquial.
4 Cultivo de Secreción de herida Operatoria.
5 Coprocultivo.
6 Otros (especificar).
7 Sin cultivo.

ANEXO VI
CÓDIGO DE MICROORGANISMO

Grupos	Códigos	Microorganismos
1. Cocos gram positivos	1.1	Staphylococcus aureus.
	1.2	Staphylococcus epidermidis.
	1.3	Staphylococcus haemolyticus.
	1.4	Staphylococcus coagulasa negativo.
	1.5	Staphylococcus spp.
	1.6	Enterococcus faecalis.
	1.7	Enterococcus faecium.
	1.8	Enterococcus spp.
2. Bacilos gram positivo	2	Listeria monocytogenes.
3. Enterobacterias	3.1	Escherichia coli.
	3.2	Enterobacter cloacae.
	3.3	Enterobacter spp.
	3.4	Klebsiella pneumoniae.
	3.5	Klebsiella oxytoca.
	3.6	Klebsiella spp.
	3.7	Morganella morganii.
	3.8	Proteus mirabilis
	3.9	Proteus spp.
	3.1	Serratia marcescens.
	3.11	Otras enterobacterias.
4. Bacilo gran negativo no fermentadores	4.1	Pseudomonas aeruginosa.
	4.2	Pseudomonas spp.
	4.3	Acinetobacter complex/baumannii/calcoaceticus.
	4.4	Acinetobacter spp.
	4.5	Stenotrophomonas malthophilia.
	4.6	Otros no fermentadores.
5. Levaduras y otros hongos unicelulares	5.1	Cándida albicans.
	5.2	Cándida auris.
	5.3	Otras Cándidas.
	5.4	Otras levaduras.
6. Hongos filamentosos	6.1	Aspergillus fumigatus.
	6.4	Aspergillus spp.
	6.5	Otros hongos filamentosos.
7. Otros microorganismos no incluidos en el listado.		
8. Negativo.		
9. En proceso.		

*En proceso es sólo para el día de la encuesta, para el envío de la información es con el resultado.

ANEXO VII
CÓDIGOS DE ANTIBIÓTICOS

Códigos	Antibióticos
Penicilinas	
1	Naturales: Penicilina G sódica
2	Sintéticas: oxacilina, dicloxacilina
3	Aminopenicilinas: ampicilina, amoxicilina
combinadas con inhibidor de betalactamasa:	
4	Ampicilina/sulbactam
5	Piperacilina / tazobactam
6	Ceftazidima/avibactam

Cefalosporinas	
	1° Generación
7	Cefazolina
8	Cefalexina
	2° Generación
9	Cefuroxima
	3° Generación
10	Ceftriaxona
11	Cefotaxima
12	Cefepime
13	Ceftazidima

Aminoglucósidos	
14	Gentamicina
15	Amikacina
16	Estreptomicina
17	Kanamicina

Macrólidos y Lincosamidas	
18	Clindamicina
19	Eritromicina
20	Claritromicina
21	Azitromicina

Glicopéptidos	
22	Vancomicina

Códigos	Antibióticos
Monobactámicos:	
28	Aztreonam

Carbapenemes	
29	Imipenem
30	Meropenem
31	Ertapemen

Tetraciclinas	
32	Tetraciclina
33	Doxiciclina
34	Glicilciclina
35	Tigeciclina

Antifúngicos	
36	Fluconazol
37	Anfotencin B
38	Clotrimazol
39	Caspofungina
40	Voriconazol

Antivirales	
41	Aciclovir
42	Ganciclovir
43	Zidovudina

Antituberculosos	
44	Isoniazida
45	Rifampicina
46	Etambutol
47	Pirazinamida
48	Etionamida

Otros antibióticos

23	Teicoplanina

Quinolonas	
24	Norfloxacina
25	Ciprofloxacina
26	Levofloxacina
27	Ofloxacino

49	Nitrofurantoina
50	Cloranfenicol
51	Metronidazol
52	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol +trimetoprim)
53	Colistina (polimixina)
54	Linezolid

55	Otros antibióticos no especificados

ANEXO VIII
FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS

Códigos	Factores de riesgo intrínsecos
1	Insuficiencia renal.
2	Neoplasia.
3	Diabetes.
4	Hipertensión arterial
5	Enfermedad cardiovascular.
6	Inmunodeficiencia adquirida.
7	Inmunosupresión.
8	Neonato ≤ 1500 gr. de peso al nacer.
9	Neonato de 1501 a 2500 gr. de peso al nacer.
10	Otros factores intrínsecos no especificados (Indicar).

ANEXO IX
FACTORES DE RIESGO EXTRINSECOS

Códigos	Factores de riesgo extrínsecos
1	Aspiración de secreciones respiratorias.
2	Cateterismo arterial.
3	Cateterismo umbilical.
4	Cateterismo venoso central o tunelizado.
5	Cateterismo venoso periférico.
6	Diálisis peritoneal.
7	Endoscopia respiratoria.
8	Endoscopia urinaria.
9	Hemodiálisis.
10	Instalación y/o uso de sonda vesical.
11	Intubación endotraqueal.
12	Inyecciones (intramusculares, subcutáneas, intradérmicas, endovenoso).
13	Nutrición enteral.
14	Nutrición parenteral.
15	Punción lumbar.
16	Traqueostomía.
17	Ventiloterapia mecánica.
18	Otros dispositivos.
19	Colecistectomía por Laparotomía.
20	Colecistectomía Laparoscópica.
21	Hernioplastia laparoscópica.
22	Hernioplastia por laparotomía.
23	Cesárea.
24	Parto vaginal.
25	Histerectomía vaginal.
26	Histerectomía abdominal.
27	Cirugía traumatológica y ortopédica.
28	Otras cirugías.
29	Otros factores de riesgo extrínsecos no especificados.

ANEXO X

RESUMEN DE ENCUESTA DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD Y DATOS RELACIONADOS SEGÚN SERVICIO

Fecha:

Servicio	Código

Coordinador:

Encuestadores:

Datos de la Encuesta de Prevalencia:

Hora de inicio:	Hora de término:

Camas físicas:	Pacientes encuestados:
Camas ocupadas:	% Pacientes encuestados /Camas ocupadas
Índice de ocupación:	Pacientes con IAAS:
Pacientes de otro servicio: (ocupando una cama del servicio)	Tasa de Prevalencia de IAAS:

✓ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Practical Healthcare Epidemiology cuarta edición. Menguando, otros. Cambridge University Press 2018.
2. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, Estudio EPINE 2016 y Encuesta Puntual de prevalencia en los hospitales de agudos de Europa (EPPS) protocolo disponible en https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-previras_nov2017_rev_abril2019
3. Directiva N° 16 -GCPS-EsSalud 2016. Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el Seguro Social de Salud.
4. Organización Panamericana de la Salud: "Guía de Evaluación Rápida de Programas hospitalarios en prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Módulo II" Washington, D.C.OPS. 2011
5. Organización Panamericana de la Salud:" Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en el Puerperio Módulo V Washington D.C. OPS 2014.
6. Organización Panamericana de la Salud Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de salud en Neonatología Módulo IV Washington D.C. OPS 2013.
7. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases 8ava edición 2015.
8. CDC/NHSN Surveillance Definition of Healthcare - Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting 2013
9. Practical Healthcare Epidemiology cuarta edición. Menguando, otros. Cambridge University Press 2018.
10. Manual de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud Chile.v2 2023.
11. CDC Identifying healthcare -associated infections (HAI) for NHSN Surveillance, 2020.
12. National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual 2024.