EsSalud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha contra la Corrupción"

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 084 -GCPS-ESSALUD-2017

Lima, 14 NOV 2017

VISTA:

La Carta Nº 109-OIIS-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, el Informe Técnico Nº07-OIIS-GCPS-ESSALUD-2017, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley Nº 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;

Que, asimismo, en el literal e) del artículo 2º de la Ley Nº 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar 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 Nº 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó 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, asimismo remite como sustento técnico del Protocolo en mención remite el Informe Técnico Nº 07 OIIS-GCPS-ESSALUD-2017, en el que se concluye que Se ha concluido con el proceso de formulación y validación del Protocolo de Investigación Epidemiológica: **"Estudio de Prevalencia Puntual de IAAS- EsSalud",** que las unidades orgánicas de la Sede Central, los órganos desconcentrados y el Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e investigación- IETSI, han expresado los aportes relevantes a los contenidos.

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

SE RESUELVE

1. **APROBAR** el Protocolo de Investigación Epidemiológica "**Estudio de Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud- EsSalud**" que se adjunta como parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER** que la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria, se encargue de la difusión, asesoría técnica y la conducción del proceso de implantación del protocolo aprobado por la presente Resolución, a nivel nacional.

EsSalud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha contra la Corrupción"

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 84 -GCPS-ESSALUD-2017

3. **NOTIFICAR,** a las Redes Desconcentradas/Redes Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales que, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación del protocolo aprobado, debiendo de ejecutarse anualmente en el mes de noviembre y la Gerencia Central de Operaciones realizará el seguimiento, control, supervisión y evaluación de la implementación.

4. **PUBLICAR,** en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud-ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dra. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD



"PROTOCOLO DE ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL DE IAAS – ESSALUD"

LIMA - PERÚ

2017

PRESIDENTE EJECUTIVO DE ESSALUD
JORGE GABRIEL DEL CASTILLO MORY

GERENTE GENERAL
MANUEL ROBERTO DE LA FLOR MATOS

GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
LUCY NANCY OLIVARES MARCOS

JEFE DE OFICINA DE INTELIGENCIA E INFORMACIÓN SANITARIA
RISOF SOLÍS CÓNDOR

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 TECNICO

Lic. Yovanna Seclen U.	Profesional de la Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
Lic. María de Lourdes Quispe Quiroz	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologúren.
Lic. María Angélica Mendoza Chirinos	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologúren
Lic. Juana Gonzales S.	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
Lic. Ninoska Rodriguez	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
Lic. Flor Aguilar Campos	Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital III Emergencias Grau.
Blga. Celia Molina Castro	Jefe de la Unidad de Estadística - Oficinas de Gestión y Desarrollo Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Asesora de OPS 2005

Dr. Leonel Terrel Gutierrez.	Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
Dra. Liduvina Gonzalez Venero	Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

EQUIPO DE REVISIÓN DE LA DIRECTIVA

Dr. Roger Araujo	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación IETSI.
Dra. Tania López Zenteno	Jefe de División de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
Dr. Risof Solis Condor	Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

CONTENIDO

I.	INTRODUCCION	4
II.	JUSTIFICACION	5
III.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	5
IV.	METODOLOGIA	5
	Diseño de investigación	5
	Población de estudio	5
	Criterios de selección	6
	Establecimientos participantes	6
	Variables	6
V.	PROCEDIMIENTOS	7
	Nivel nacional	7
	Nivel local	7
	Responsables	7
	Rendimiento	8
VI.	ACTIVIDADES DEL ESTUDIO	8
	Actividades Pre Trabajo de campo	8
	Trabajo de campo	9
	Procesamiento de datos en el aplicativo informático	9
	Instrumento de Recolección de Datos	9
VII.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	10
VIII.	CONSIDERACIONES ETICAS	12
IX.	ANEXOS	13
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63

I. INTRODUCCIÓN:

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) ahora llamadas Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) constituyen hoy en día un importante problema de salud pública no solo para los pacientes, sino también para la familia, la comunidad y el Estado, constituyendo así un desafío para las instituciones de salud y el personal salud médico responsable de la atención; por ser un evento adverso que se puede prevenir en pacientes hospitalizados(1)

Se considera una infección intrahospitalaria aquella que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observa durante la estadía hospitalaria o al alta del paciente. La infección usualmente se hace evidente a las 48 horas o más, luego de la admisión al establecimiento. Incluye también las infecciones contraídas en el hospital pero que aparecen después que el enfermo fue dado de alta y las que se registran entre el personal y los visitantes del hospital (1).

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) afectan aproximadamente 15% de los pacientes ingresados en los hospitales y 34% de los pacientes en unidades de cuidados intensivos en países en desarrollo. La higiene de las manos durante el cuidado de los pacientes es la medida individual efectiva para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud. (2)

Los estudios de prevalencia permiten conocer la sensibilidad de los sistemas de vigilancia y contribuyen a identificar que otros eventos se vienen presentando en el ámbito hospitalario.

En el 2015 la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria actualizo el Manual para la Aplicación de Estudios de Prevalencia de Infecciones intrahospitalarias (IIH), el cual se ha desarrollado en varias IPRESS de ESSALUD, nace la necesidad de actualizar este documento y proponer un Protocolo de Estudio de Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas Atención de Salud aprobado con Resolución Gerencial y pueda estandarizarse la metodología y los instrumentos de recojo de información en concordancia con el Protocolo: Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias, emitida por el MINSA.

II. JUSTIFICACION

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) constituyen un desafío para los gerentes de las IPRESS y el personal de salud. Las IAAS son consideradas como eventos adversos que influyen en la calidad del servicio prestado en EsSalud.

Contar con un instrumento protocolizado, en el cual se estandarice los procesos del estudio de prevalencia en todas las IPRESS de EsSalud, contribuirá a contar con información comparable y un dato global como institución, con la finalidad de actuar preventivamente y contribuir al control de IAAS.

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia puntual de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y el uso asociado de antimicrobianos en los hospitales II y III e institutos de EsSalud.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de investigación

Estudio observacional de prevalencia, de tipo transversal.

4.2. Población de estudio

Todos los pacientes hospitalizados en los hospitales II y III e institutos de EsSalud en el día del estudio que reúnan los criterios de selección (inclusión, exclusión).

4.3 Criterios de Selección

4.3.1 Criterios de Inclusión.

Se aplicará la encuesta de prevalencia:

- A todo paciente hospitalizado, en los servicios clínicos, quirúrgicos, pediátricos, gineco-obstétricos, Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios de adultos, pediátricos, neonatales y emergencia que ingresaron hasta antes de las 8:00 AM del día del estudio.
- Todo paciente que sea reingresado, referido o transferido de otro establecimiento, y que haya sido admitido antes de las 8:00 AM del día del estudio.
- Todo paciente del servicio de emergencia cuya permanencia es mayor a 48 horas.

4.3.2. Criterios de Exclusión.

- Recién nacidos sanos que se encuentren en las Salas de Neonatología o cunas de alojamiento conjunto.
- Pacientes dados de alta el mismo día del estudio.

4.3.3. 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 posteriormente (dentro del día del Estudio) por el Jefe del Servicio de Epidemiología del centro asistencial o profesional responsable.
- El tiempo de permanencia u hospitalización, considera los días transcurridos desde la admisión del paciente al centro hospitalario.

4.3.4. Población

El presente estudio se trabajará con todos los pacientes hospitalizados que incluyan los criterios de inclusión y exclusión.

4.4. Establecimientos participantes

Las IPRESS que participaran en el estudio corresponden a las categorías II y III que tengan servicios de hospitalización.

4.5 Variables

Son infecciones asociadas a atención de salud, factores de riesgo extrínsecos, uso de antibióticos.

V. PROCEDIMIENTOS

Este estudio se realizará con participación del personal de las oficinas o unidades de vigilancia epidemiológica, de cada establecimiento con la participación del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y podrán ser apoyados por un equipo que se convocará especialmente para tal fin.

5.1 Nivel Nacional:

- La responsable de la Vigilancia de IAAS del nivel Central, conformará la red de coordinadores (2 coordinadores regionales a nivel nacional) y coordinadores locales para el programa de entrenamiento respectivo.
- La coordinación nacional es responsable de realizar las gestiones para garantizar la comunicación durante el desarrollo del estudio, sea ésta por vía telefónica o electrónica en forma permanente; para lo cual convocará a especialistas clínicos, para absolver las dudas que se pudiera presentar durante el desarrollo de la prevalencia y de ser necesario se realizaran las auditoria correspondientes.

5.2 Nivel Local

- 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.
- El Jefe y el Responsable de la Vigilancia de IAAS de las Unidades u Oficinas de Inteligencia Sanitaria, elaboran el plan de trabajo para el desarrollo del estudio (EPP) y lo presenta a su Jefe inmediato superior para ser aprobado. Así también hará las coordinaciones con el jefe de planeamiento y desarrollo, calidad (o quien haga sus veces), para garantizar la adecuada programación y sustentación de personal para la realización del Estudio de Prevalencia Puntual (EPP).
- En el plan de trabajo se debe considerar; Número de Profesionales que participan en el estudio; N° de supervisores, N° de investigadores, N° de Anotadores, N° de digitadores, material logístico y refrigerios. Asimismo, la distribución de los investigadores, la secuencia de visitas a los servicios, los aspectos relativos a la distribución de los supervisores o acciones de supervisión, 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.

5.3 Responsables

- Los Gerentes/Directores de las IPRESS son los responsables de la realización del Estudio de Prevalencias Puntual de IAAS.
- Las oficinas de inteligencia sanitaria de cada establecimiento y el Comité de Prevención y Control de IAAS convocan a los profesionales que participarán en el recojo de la información.

- La realización del estudio estará a cargo del personal de las oficinas de inteligencia sanitaria de cada establecimiento con la participación del Comité de Prevención y Control de IAAS y podrán ser apoyados por un equipo que se convocará especialmente para tal fin.
- Los estudios de prevalencia puntal deberán ser desarrollados por lo menos una vez al año en el II semestre del año; la Gerencia Central de Prestaciones de Salud a través de la Oficina de Inteligencia Sanitaria coordinara previamente dicha actividad a Nivel Nacional.

5.4 Rendimiento

- Para la aplicación de la encuesta del Estudio de Prevalencia Puntual (EPP) se requiere personal mínimo, preferentemente equipos de dos personas (Investigador y Anotador).
- 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.

VI. ACTIVIDADES DEL ESTUDIO

6.1 Actividades Pre Trabajo de campo

i. El jefe de las Oficina/ Unidad de Inteligencia Sanitaria 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 de IAAS coordina con el equipo multidisciplinario de OIS, para realizar lo siguiente:
   - Elabora el plan de distribución de camas por número y servicio por equipo anotador - investigador.
   - Elabora los croquis o mapas necesarios del hospital.
   - Coordina la obtención del refrigerio para los participantes del estudio de prevalencia.
   - Coordina con el jefe de planeamiento y calidad para garantizar la adecuada programación y sustentación de personal para la realización del Estudio de Prevalencia Puntual (EPP).
   - Coordina 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).
   - Capacita a los investigadores en el recojo de información y registro del dato
   - Capacita al personal de los servicios (anotadores) que participarán en la encuesta.
   - El día anterior del EPP, una estrategia es realizar la extracción de la base de datos del sistema informático para la elaboración del preliminar del registro de pacientes hospitalizados por servicio.

6.2 Trabajo de Campo.

- La jefatura de inteligencia sanitaria y las supervisoras, deben comprobar que los anotadores e investigadores tengan el material de campo (registro, fichas de investigación de caso).
- Se iniciará el trabajo de campo de acuerdo al plan local con la recolección de los datos de los ítems I, II, III del registro, lo realizan los profesionales de la salud capacitadas en el llenado de los registros.
- Los investigadores revisan las historias clínicas para identificar las IAAS (ítem IV) según las definiciones operacionales en el anexo 4.
- Los investigadores completan la ficha de investigación del estudio de prevalencia.
- Se recomienda revisar los siguientes documentos fuentes:
  - Hoja de registro o gráfico de temperatura en búsqueda de fiebre.
  - Evolución médica del día, buscando evidencias de la presencia actual de alguna 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 que indiquen infección intrahospitalaria o pendientes por recoger y que corresponden al paciente en ese día; así como exámenes radiológicos. Infección intrahospitalaria presente, cuando el paciente cumpla con los criterios diagnósticos descritos en el presente protocolo.
- En casos difíciles de definir se consultará a los médicos del equipo de inteligencia sanitaria.
- 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, sin exceder tres días consecutivos.
- Los supervisores son los responsables de la verificación del buen llenado de la información de los anotadores e investigadores y entrega al coordinador local.

6.3 Procesamiento de datos en el aplicativo informático.

Se realizará en el aplicativo informático institucional vigente o modelo de base de datos para el estudio.

El jefe de inteligencia sanitaria de cada establecimiento gestiona para la digitación y el adecuado almacenamiento de las fichas de investigación de IAAS.

El jefe de Inteligencia Sanitaria, el responsable de la Vigilancia de IAAS y el equipo de supervisores de cada establecimiento realizan el control de ingreso de los datos y la validación de la base de datos.

6.4 Instrumento de Recolección de Datos

La encuesta del Estudio de Prevalencia consta de IV ítems (Ver anexo 1)

I.- Datos generales del paciente (identificación).

II.- Datos de la hospitalización en el Centro Asistencial.

III.- Factores de Riesgo Extrínsecos e intrínsecos.

IV.- Datos Relacionados a la Presencia de Infecciones Asociadas a la Atención de salud, gérmenes e información Relacionada al Tratamiento Antibiótico Recibido.

Organizadas según el formato del registro de la Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

VII. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se elabora un informe Epidemiológico del Estudio de la prevalencia del establecimiento, este informe debe incluir los indicadores propuestos en este estudio; así como el análisis sobre factores y extrínsecos, microbiología y uso de antimicrobianos. Los resultados podrán ser comparados con las tasas de prevalencia de estudios anteriores locales o nacionales.

En cuanto a la difusión de los resultados, se preparará presentaciones para el grupo de directores y funcionarios del hospital; así como para el personal profesional y no profesional, con la finalidad de dar a conocer la problemática de las infecciones y planificar las acciones de prevención y control a ser implementadas en los servicios de riesgo.

La Responsable Nacional de la Sede Central de la Vigilancia de IAAS, consolida las bases de datos y elabora un informe Epidemiológico del Estudio de la Prevalencia a nivel nacional incluyendo los indicadores propuestos en este estudio.

7.1 CÁLCULO DE INDICADORES Y FÓRMULAS

El estudio de prevalencia se realiza con la finalidad de obtener información del comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de salud en los hospitales a nivel local como nacional, es por ello que se ha planteado un conjunto de indicadores que son de análisis obligatorio, 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 Pacientes con IAAS	Prevalencia de pacientes con IAAS	N° de pacientes con IAAS x 100
		N° total de pac. que ingresan al estudio
Determinar la Tasa de Prevalencia de IAAS	Prevalencia de IAAS o tasa de IAAS	N° de IAAS x 100
		N° total de pac. que ingresan al estudio
Determinar el Promedio estancia hospitalaria c IAAS	Estancia hospitalaria	Promedio de estancia hospitalaria de pac. con IAAS
Determinar la distribución de la Tasa de Prevalencia de pac con IAAS en EESS	Prevalencia de IAAS según categorías de instituciones	
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 IAAS según procedimiento invasivo	N° pac. 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 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	Porcentaje 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 gérmenes aislados en cultivos y según tipo de IAAS	Prevalencia de IAAS con cultivos positivos	N° de IAAS con cultivos positivos x 100
		Total de IAAS al momento del estudio
	Distribución de las IAAS según gérmenes aislados	N° de gérmenes aislados según tipo de IAAS x 100
		Total de IAAS según tipo
	Porcentaje de pacientes que reciben antimicrobianos	N° de pac. con IAAS que reciben Antimicrobianos x 100
		N° pac. con IAAS al momento de estudio

7.2. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizarán el cálculo de los indicadores previstos en el cuadro de indicadores de Prevalencia y el análisis de riesgo para los factores extrínsecos estudiados.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a que la presente investigación se realiza en base a la información registrada en las historias clínicas, se sigue la metodología de recojo de información de la vigilancia de IAAS, y que no se entrevistara directamente al paciente ni se recolectaran muestras ni exámenes auxiliares, esta investigación no requiere el empleo de un consentimiento informado.

8.1. Beneficencia:

Este estudio aportara información relevante en el campo de la salud pública. El hospital o instituto, podrá contar con información actualizada sobre la prevalencia de IAAS, podrá identificar grupos vulnerables, focalizar acciones de vigilancia, prevención, y control de IAAS.

8.2. Confidencialidad:

Se asignará un código de identificación único a cada ficha de recolección de datos de los pacientes que sean registrados durante el desarrollo del presente estudio. 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 solo accesibles a los investigadores del estudio.

8.3. Informe institucional:

Los resultados serán publicados como datos referenciales para ESSALUD, en las plataformas informáticas institucionales.

El cual incluirá:

- Introducción
- Objetivos General del Estudio de Prevalencia Puntual de IAAS
- Objetivo Especifico
- Metodología
- Resultados
- Conclusiones y Recomendaciones.

IX. ANEXOS

Anexo 1: Encuesta del Estudio de Prevalencia Puntual de IAAS

Anexo 2: Criterios a tomar para el diagnóstico de las IAAS

Anexo 3: Listado de IAAS

Anexo 4: Criterios de Dx. IAAS

Anexo 5: Códigos de Microorganismos

Anexo 6: Código de Antibióticos

Anexo 1

Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD

NOMBRE DEL HOSPITAL _____ FECHA / /

SERVICIO ENCUESTADO _____ CODIGO DEL SERVICIO _____

EQUIPO ENCUESTADOR: _____

I								II					III		IV				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
SERVICIO	N° DE ORDEN	N° DE CAMA	N° AUTOGENERADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	EDAD	SEXO	FECHA ADMISION A HOSPITAL: dd/mm/aa	CIE 10 INGRESO	DATOS DE REFERENCIA			FACTORES DE R. EXTRINSECOS (TABLA A)	FACTORES DE R. INSTRINSECOS (TABLA B)	DATOS DE LAS IAAS		MICROBIOLOGIA		TRAT. ANTIBIOTICO
										REFERIDO (1) REHOSPITALIZADO (2)	VIENE C IAAS	TIPO IAAS DE REFERENCIA (ANEXO 3)			FECHA DE INICIO DE IAAS D/M/A	TIPO DE IAAS	TIPO DE MUESTRA DE ESTUDIO	GERMENES (ANEXO 5)	ATB QUE RECIBE
							1 HOMBRE		INGRESO		1 SI						1 HEMOCULTIVO		
							2 MUJER				2 NO						2 UROCULTIVO		
																	3 SECRECION BRONQUIAL		
																	4 SECRECION DE HERIDA OPERATORIA		
																	5 COPROCULTIVO		
																	6 OTROS		

I. Datos Generales del Paciente
II. Datos de la Hospitalización en el Centro Asistencial
III. Factores de Riesgo
IV. Datos Relacionados a la Infección

V°B° R. SOLIS C. Jefe

Instructivo

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Los datos generales del paciente corresponden a los primeros 5 ítems del cuerpo de la encuesta del 1 al 6:

1. SERVICIO

- Registrar el servicio encuestado

2. N° DE ORDEN: N° CORRELATIVO DEL PACIENTE ENCUESTADO.

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

3. N° CAMA DEL PACIENTE:

- La encuesta deberá registrar por cada fila, todos los números de camas físicas del servicio, incluyendo las ***camas que no se van a encuestar.***
- Por cada fila se registrarán:
  - 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"*.
  - El coordinador deberá tener el listado de las camas físicas de los servicios para la verificación correspondiente

4. N° DE AUTOGENERADO

- Registrar el número de autogenerado del paciente, éste dato se define en función a las normas establecidas por el hospital.

5. APELLIDOS Y NOMBRES

- Registrar los datos de apellidos y nombres de paciente.

6. DNI

- Registrar el número de documento nacional de identidad.

7. EDAD DEL PACIENTE:

- La edad del paciente se registrará en la columna correspondiente según:
  - En Recién nacidos hasta 29 días cumplidos: se registrará la edad del paciente con una **d = 15 d.**

- En Niños desde 30 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.**

8. **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 EL CENTRO ASISTENCIAL

9. **FECHA DE ADMISION A HOSPITALIZACION:**

➢ *Anotar el **Día/ Mes/ Año/** de la admisión del paciente al centro asistencial.*

➢ Considerar la fecha de hospitalización desde el momento que ingresa el paciente al centro asistencial.

Ejemplos:

➢ Un paciente que ingresa por el servicio de emergencia el ***01/07/17*** y es transferido al servicio de medicina el ***02/07/17*** (servicio donde es registrado por la Encuesta de Prevalencia), la fecha de hospitalización será el ***01/07/17***

➢ Paciente ingresa por Consultorios Externos el 20 de julio al Servicio de Cirugía y luego es transferido el 24 de julio al Servicio de Gastroenterología (servicio donde es registrado por la Encuesta de Prevalencia), la fecha de hospitalización será el 20 de julio.

10. **CIE 10:**

➢ Registrar el CIE – 10 de ingreso

11. **CASO REFERIDO**

➢ Para fines de la Encuesta de Prevalencia, un caso referido es todo paciente proveniente de un centro asistencial de EsSalud o proveniente de otro centro hospitalario que puede ser el MINSA o Clínica Privada u otro establecimiento, **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 de Prevalencia, se considera paciente rehospitalizado, al que reingresa al 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

12. VIENE CON IAAS:

- Cuando el motivo de la rehospitalización y referido es o ha sido una infección intrahospitalaria adquirida 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.

13. TIPO DE IAAS DE REFERENCIA

- *Al registrar éste dato según Anexo3.*

III. FACTORES DE RIESGO

Representa el tipo de dispositivo utilizado (sondas vesicales, tubo endotraqueal, traqueotomía, ventilador mecánico, catéter venoso central, catéter venoso periférico, catéter umbilical, post operado, drenaje, uso de pañal, etc.) y los factores de riesgo intrínsecos (diabético, hipertenso, con cáncer e insuficiencia renal) 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 dentro de las últimas 72 horas antes del inicio de la infección o de la fecha del estudio.

14. FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS REALIZADOS EN EL PACIENTE

- En este ítem, se recogerán todos los procedimientos invasivos a los que fuera sometido el paciente, a partir de las 48 horas de la Encuesta de Prevalencia

- Incluye además todos los procedimientos a los que se somete el paciente el día de la encuesta.
- **ESTE DATO SE RECOGERÁ EN FUNCION DE LA PRESENCIA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA EN EL PACIENTE**
- Según la Tabla A, registrar el código correspondiente, puede registrarse más de un código, separándolo por comas.

Tabla A

CODIGO	PROCEDIMIENTOS INVASIVOS
11	Asistencia anestésica
12	Aspiración de secreciones respiratorias
13	Atención de Parto normal
14	Cateterismo arterial,
15	Cateterismo umbilical
16	Cateterismo venosos central o tunelizado
17	Cateterismo venoso periférico
18	Curaciones de herida operatoria u área no operatoria
19	Diálisis peritoneal
20	Endoscopía digestiva
21	Endoscopia respiratoria
22	Endoscopía urinaria
23	Enemas
24	Hemodiálisis
25	Instalación y/o uso de sonda vesical.
26	Instalación / uso de Sonda Naso Gástrica u Orogástrica
27	Intubación endotraqueal
28	Inyecciones (intramusculares, subcutáneas, intradérmicas).
29	Lavado gástrico
30	Nutrición enteral
31	Nutrición parenteral
32	Paracéntesis
33	Procedimientos traumatológicos: reducción, extracción de tutores externos, aplicación de aparatos de yeso, tracción.
34	Profilaxis para úlcera de estrés
35	Punción lumbar
36	Radiología intervencionista
37	Toma de muestras de sangre
38	Toracocéntesis,
39	Transfusión de sangre y hemoderivados
40	Traqueostomía
41	Tratamiento con inmunosupresores
42	Ventiloterapia mecánica
43	No se identifican procedimientos invasivos
44	Otros procedimientos (al realizar éste registro, realizar la consulta correspondiente con el coordinador y anotar textualmente el procedimiento).
45	Punción arterial para dosaje de gases en sangre.

No se identifican procedimientos invasivos
Otros procedimientos: REGISTRAR – realizar la consulta correspondiente con el coordinador.

15. 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 infección intrahospitalaria.

- 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, separarlos por comas.

Tabla B

CODIGO	FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS
1	INSUFICIENCIA RENAL
2	NEOPLASIA
3	DIABETES
4	INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
5	HIPERTENSION
6	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
7	PREMATURIDAD < 37 SEMANAS
8	NEONATO < ó = a 1500 gr DE PESO AL NACER
9	NEONATO de 1501 a 2500 gr DE PESO AL NACER
10	OTRAS

IV. DATOS RELACIONADOS A LA INFECCION

- **Presencia de Infecciones, solo marcar si está presente.**
  Posteriormente se procede a investigar el caso definiendo si es intrahospitalaria (IAAS).
- En esta parte se investiga la presencia de **INFECCION ASOCIADA A LA ATENCION DE SALUD (IAAS) o infección adquirida en el centro asistencial, y que está presente al momento de realizar la encuesta de prevalencia.**

Fiebre

- Fiebre es un elemento trazador importante y universal del inicio del proceso infeccioso.

Es esta columna responder, según el código correspondiente:

CODIGO 1: IAAS adquirida en el centro asistencial y presente al momento del Estudio de Prevalencia, que no haya estado incubándose o presente al momento del ingreso.

Recordar:

- Sólo se registrará la IAAS – presente clínicamente y/o microbiológicamente al momento de la encuesta.
- No se registrarán las IAAS, que el paciente presentó en días anteriores y al momento ya no son manifiestas ni clínica ni microbiológicamente.

- En el caso de un paciente que fuera referido de otro centro asistencial por una infección intrahospitalaria, 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.

DATOS DE LAS IAAS:

16. FECHA DE INICIO DE LA IAAS

- Registrar el **DIA/MES/AÑO** de probable inicio de la infección ***adquirida en el centro asistencial.***
- Este dato no se llenará en el caso que el paciente presente una IAAS adquirida en otro centro asistencial 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 1 IAAS presente, utilizar las filas siguientes de la encuesta, corresponde una fila por cada infección identificada en el paciente.
- Sólo en caso de reportar una IAAS, presente el día de la encuesta, pero adquirida en el centro asistencial que realizó la referencia, no se registrará la fecha de inicio de la IAAS.

17. CLASIFICACIÓN DE LA IAAS POR SITIO ESPECIFICO

- Marcar las IAAS más frecuentes y Registrar según el listado de códigos a continuación el tipo de infección asociada a la atención de salud identificada.
- Seguir criterios de diagnóstico de las IAAS en el **Anexo 4.**

MICROBIOLOGIA

18. TIPO DE MUESTRA DE ESTUDIO

- Registrar el tipo de cultivo: 1 hemocultivo, 2 urocultivo, 3 secreción bronquial, 4 secreción herida operatoria, 5 Coprocultivo 6. Otros.

19. TIPO DE GERMEN

- Registrar el tipo de germen según Anexo 5.

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO

20. ATB QUE RECIBE

- Registrar el antibiótico usado el día de estudio de prevalencia según el código del Anexo 6.

ANEXO 2

CRITERIOS A TOMAR PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD

Existen criterios a tenerse en cuenta, para definir una infección intrahospitalaria, estos son:

- Clínico
- Epidemiológico
- Microbiológico
- Radiológico

Criterios Clínicos:

Los criterios clínicos nos servirán para orientar el análisis por lo que recomendamos utilizar básicamente estos criterios dados por signos y síntomas y, divididos en mayores y menores:

- **Signos y Síntomas clínicos mayores,** caracterizados por fiebre mantenida, secreción, rubor, calor, dolor y edema.
- **Signos y Síntomas clínicos menores,** caracterizados por cefalea, anorexia, astenia, náuseas, vómitos, disuria, expectoración.

Evaluar la presencia de estos signos y síntomas:

- Se tomará el signo o síntoma que en la anamnesis se detecte como el primero o el de mayor peso, *siendo la fiebre un trazador importante y universal del proceso infeccioso.*

ORGANIZACIÓN Y RESPONSABILIDADES

La distribución de las responsabilidades serán las siguientes

ORGANIZACIÓN	ACTIVIDAD PRINCIPAL	RESPONSABLE
OIIS	*Elaborar el protocolo de investigación	Equipo de coordinación
	*Realizar coordinaciones con los establecimientos para la ejecución del estudio	
	*Difundir el Protocolo de Estudio de Prevalencia Puntual	
	*Brindar asistencia Técnica antes, durante y después del desarrollo del estudio de Prevalencia	
	*Consolidar la información nacional	
	*Realizar un informe final	
Oficinas de Inteligencia Sanitaria / Epidemiología (Cabeza de Red)	*Realizar el Plan de Ejecución de Estudio de Prevalencia Puntual IAAS	Director y Jefe de OIS, Responsable de la Vigilancia Epidemiológica
	*Realizar las coordinaciones con los hospitales participantes para la ejecución del estudio.	
	*Difundir el Protocolo de Estudio de Prevalencia Puntual	
	*Capacitar al personal	
	*Brindar asistencia Técnica antes, durante y después del desarrollo del estudio de Prevalencia	
	*Consolidar la información local y regional	
	* Realizar un informe final	
Oficinas de Inteligencia Sanitaria / *Epidemiología* de hospitales	*Realizar el Plan de Ejecución de Estudio de Prevalencia Puntual IAAS	Director y Jefe de OIS, Responsable de la Vigilancia Epidemiológica, Comité de Control de IAAS
	* Realizar las coordinación para la conformación del equipo de encuestadores y supervisores	
	*Capacitar al personal	
	*Brindar asistencia Técnica antes, durante y después del desarrollo del estudio de Prevalencia	
	*Consolidar la información local y regional	
	*Realizar un informe final	

Anexo N° 3
Listado de IAAS

Nº	CÓDIGO	INFECCIONES ASOCIADAS ATENCION DE SALUD
1	**ITS**	Infección del torrente sanguíneo
1.1	ITS	Infección del torrente sanguineo (ITS) : Incluye bacteria fungémica, septicemia y sepsis
2	**ITU**	Infección del tracto urinario
2.1	ITU	Infección urinaria (sintomática)
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 clinicamente
4.2	NEU2	Neumonía con patógenos bacterianos comunes u hongos filamentos patog y hallazgos específico de laboratorio
4.3	NEU3	Neumonía en pacientes inmunocomprometidos
5	**TRS**	Infecciones del tracto respiratorio superior
5.1	TRS	Infecciones del tracto respiratorio superior, faringítis, laringítis, epigliotis
6	**TRI**	Infecciones del tracto respiratorio inferior diferente a neumonía
6.1	BTBT	Bronquitis, traqueo bronquítis, bronquilítis, traqueítis sin evidencia de neumonía
6.2	OITRI	Otras infecciones del tracto respiratorio inferior
7	**ITR**	Infecciones del tracto reproductor
7.1	END	Endometrítis
7.2	EPI	Infección de episiotomía
7.3	TAVA	Tapón vaginal
7.4	OITRMF	Otras infecciones del tracto reproductivo masculino o femenino
8	**TGI**	Infecciones del sistema gastrointestinal
8.1	GAEN	Gastroenteritis
8.2	TGI	Infeccion del tracto gastrointestinal
8.3	HEPA	Hepatítis
8.4	IAB	Infección intrabdominal
8.5	NEC	Enterites 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	ULDE	Úlcera decúbito
9.4	QUEM	Infección de quemadura
9.5	MAST	Abseso de mama o mastitis
9.6	ONFA	Onfalítis
9.7	PUIN	Pustulosis del infante
9.8	CIRC	Circunsición en el recién nacido
10	**IOA**	Infecciones óseas y de las articulaciones
10.1	OSTE	Osteomelítis
10.2	ARBU	Articulación o bursa
10.3	DISC	infección de espacio discal
11	**SNC**	Infecciones del sistema nervioso central (SNC)
11.1	IIC	infección intracraneana
11.2	MEVE	Meningítis o ventriculítis
11.3	AMESM	Abseso de médula espinal sin meningitis
12	**SCV**	Infecciones del sistema cardiovascular
12.1	ENDO	Endocardítis
12.2	MIPE	Miocardítis o pericardítis
12.3	MEDI	Mediastinítis
12.4	VASC	infección arterial o venosa
13	**IOON**	Infección del ojo, oido y nariz
13.1	CONJ	Conjuntivitis
13.2	ODC	Otras infecciones oculares diferentes a conjuntivitís
13.3	OIDO	Oído y mastoides
13.3.1	OTIEX	Otítis externa
13.3.2	OTIME	Otítis media
13.3.3	OTIN	Otítis interna
13.4	MAST	Mastoiditis
13.5	ORAL	Infección de cavidad oral
13.6	SINU	Sinusitis

Anexo 4

Definición Operacional

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD: Se define como Infección Asociada a la Atención de Salud a aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de 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. Así mismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.
DOCUMENTO TÉCNICO: LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (pág. 13)

Se tomará 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) que nos son secundarias a una infección conocida en otro lugar.

Para neonatos se establece como infección intrahospitalaria si esta comienza a partir de las 72 horas de nacimiento o admisión a la institución hospitalaria.

Debe tener al menos uno de los siguientes criterios, en pacientes con sospecha de infección del torrente sanguíneo:

Infección del Torrente Sanguíneo		
CRITERIO 1 Confirmada por laboratorio	**CRITERIO 2**	**CRITERIO 3**
1.1 Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas: • Fiebre (>38 °C) • Escalofríos o, • Hipotensión **MÁS** 1 .2 Patógeno reconocido en uno o más hemocultivos. **O** ITS asociada a CVC, infección que se presenta hasta siete días después del retiro de dispositivo.	2.1 Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas: • Fiebre (>38 °C) • Escalofríos o, • Hipotensión. **MÁS** 2.2. Al menos uno de los siguientes: • Dos o más hemocultivos tomados en momentos separados (contaminantes comunes de piel: difteroides, corynebacterium sp, Bacillus sp. Estafilococos coagulasa negativos, Streptococcus del grupo viridans, Aerococcus sp., Micrococcus sp no anthracis, Propionibacterium sp,) • Paciente con Dx. Clínico y tratamiento instalado **MÁS** 2.3 Signos y síntomas y resultados de laboratorio que no se relacionen con infección en otro sitio.	**3.1 Paciente ≤1 año incluidos neonatos** con al menos uno de los siguientes signos o síntomas: • Fiebre (>38°C rectal o >37.5 axilar) • Hipotermia (<37C° rectal o >36C° axilar), • Apnea o • Bradicardia. **MÁS** 3.2 Uno de los siguientes: • Dos o más hemocultivos tomados en momentos separados (criterio 2.2) • Paciente con Dx. Clínico y tratamiento instalado **MÁS** 3.3 Signos y síntomas y resultados de laboratorio que no se relacionen con infección en otro sitio.

Comentario

- ✓ El organismo cultivado a partir de la sangre no está relacionado con una infección en otro sitio.
- ✓ Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter central (ITS-AC)
- ✓ El catéter central es un dispositivo intravascular que termina o está muy cerca del corazón o de los grandes vasos (aorta, arteria pulmonar, vena cava superior, vena cava inferior, venas braquiocefálicas, vena yugular interna, venas subclavias, venas iliacas externa, venas femorales y en neonatos vena y arteria umbilical). Se utiliza para la administración de líquidos, medicamentos o monitoreo hemodinámico.
- ✓ Se deben cumplir los criterios expuestos para infección del torrente sanguíneo y que el paciente tenga un catéter central en el momento o el antecedente de haberlo retirado dentro de las 48 horas previas al inicio del evento.

1 No incluye microorganismos considerados como contaminantes comunes de la piel. Patógenos reconocidos, ej.: S. aureus, E coli, K. pneumoniae, P.aeruginosa, Candida spp. Enterococcus spp

2 Hemocultivos tomadas con un tiempo máximo de separación de dos días. Idealmente las muestras para hemocultivos deben ser obtenidas a partir de dos a cuatro tomas, de sitios de venopunción separados, no a través de un catéter vascular.

2. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU):

2.1 Infección urinaria (ITU) se define usando los criterios para la infección sintomática del tracto urinario relacionada o no a la presencia de 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	CRITERIO 2
1.1 Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38 °C), • Disuria, • Tenesmo vesical, • Polaquiuria, • Dolor en Angulo costo vertebral o dolor supra púbico **MAS** 1.2 Urocultivo positivo con ≥10^5 UFC/ml. Con no más de dos especies de microrganismos. **O** ITU asociada a CUP, infección que se presenta hasta siete días después del retiro de dispositivo.	2.1 Al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38 °C), • Disuria, Tenesmo vesical, • Polaquiuria, • Dolor en Angulo costo vertebral o dolor supra púbico **MAS** 2.2. Al menos uno de los siguientes: • La tira reactiva es positiva en orina para la esterasa leucocítica y/o nitratos. • Muestra de orina con ≥10 leucocitos/mm3 ≥3 leucocitos/campo de alto poder (400x) en orina sin centrifugar • Organismos reconocidos en tinción Gram de orina no centrifugada (+) • Al menos dos urocultivos positivos con aislamiento repetido del mismo uropatógeno con ≥102 UFC/ml en muestra no centrifugada (bacteria Gram negativa o S. saprophyticus). • ≤10^5 colonias/ml de un solo uropatógeno en un paciente que está siendo tratado con antimicrobiano efectivo para ITU (bacteria Gram negativa o S. saprophyticus). • Diagnóstico médico de ITU • Medico instituye terapia apropiada para ITU.
CRITERIO 3	**CRITERIO 4**
3.1 Pacientes ≤ de un año de edad incluidos neonatos con sonda vesical.	Pacientes ≤ de un año de edad, incluidos neonatos con sonda vesical. 4.1. Componente 3.1 del Criterio 3.

3.1. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38°C), hipotermia (<36°C axilar) • Apnea, • Bradicardia, • Letargia, • Vómitos. **MÁS** 3.2. Urocultivo positivo con ≥10^5 UFC/ml, con no más de 02 especies de microrganismos	**MÁS** • Esterasa leucocitaria y nitritos (+) • Piuria (muestra de orina con ≥10 • Organismos reconocidos en tinción Gram de orina no centrifugada (+) • Al menos dos urocultivos positivos con≥10^3 , y < 10^5 UFC/ml y que no tenga más de 02 especies de microorganismos en aislamiento • ≤10^5 colonias/ml de un solo uropatógeno en un paciente en tratamiento con un antimicrobiano efectivo para ITU • Diagnóstico médico de ITU • Médico instituye terapia apropiada para ITU

Comentarios:

- ✓ El cultivo positivo de punta de catéter urinario no es una prueba de laboratorio aceptable para diagnosticar ITU.
- ✓ 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.

2.2 **Otras Infecciones del tracto urinario (OITU)** Riñón, uréter, vejiga, uretra, o tejido que rodea el espacio retroperitoneal o espacio periférico.

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

CRITERIO 1	CRITERIO 2
1.1 Paciente tiene organismos aislados del cultivo de un fluido (distinto a la orina) o un tejido de sitio afectado.	2.1 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	**CRITERIO 4**

3.1 Pacientes con al menos 2 de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38°C), • Dolor, • Sensibilidad en el sitio involucrado. **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 etc. • Dx médico de riñón, uréter, vejiga uretra o de los tejidos alrededor del espacio retroperitoneal o perimétrico. • Médico instituye la terapia apropiada para una infección de riñón uréter, vejiga uretra o de los tejidos alrededor del espacio retroperitoneal o perinéfrico.	Pacientes ≤ de un año de edad, 4.1. Uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida. **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 etc. • Médico instituye terapia apropiada para ITU

3. INFECCIÓN DE SITIO QUIRURGICO (ISQ)

3.1 INFECCIÓN DE SITIO QUIRURGICO SUPERFICIAL (ISQ S)

Debe tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1
1.1. Compromete piel o tejido subcutáneo y ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico y que comprometa solo la piel o tejido sub cutáneo. **MAS** **1.2.** Al menos uno de los siguientes: • Drenaje purulento de la incisión superficial • Organismos aislados en un cultivo obtenido asépticamente de un fluido o tejido de la incisión superficial. • Al **menos uno** de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor, hinchazón localizada, enrojecimiento o calor y, • Incisión es deliberadamente abierta por el cirujano (a menos que la incisión sea negativa al cultivo). • Diagnóstico de infección de sitio quirúrgico dado por el cirujano o el médico que lo atiende.

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 una infección de sitio quirúrgico ISQ una infección localizada por herida por arma blanca; en el lugar de esto, reportar como una infección en la piel (PIEL) o en el tejido blando (PTB) dependiendo de su profundidad.
- ✓ Registrar la infección del sitio de episiotomía como EPI.
- ✓ Registrar la infección por quemadura como QUEM.
- ✓ Si la infección del sitio de la incisión involucra o se extiende dentro de la fascia y capas musculares informarlo como una ISQ de incisión profunda.
- ✓ Clasificar la infección que involucra los sitios de incisión superficial y profunda como profunda ISQ de incisión Profunda.

3.2 INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO PROFUNDA (ISQP)

Debe de tener al menos 1 de los siguientes criterios

CRITERIO 1
1.1 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 y que comprometa tejidos blandos profundos (ej.: fascia o capas musculares) **MAS** **1.2** ***Al menos 1*** de los siguientes: • Drenaje purulento de la incisión profunda pero no del órgano/componente espacial del sitio quirúrgico. • Que se encuentre en el examen directo, durante la reintervención, o en el examen histopatológico o radiológico un absceso u otro tipo de evidencia de infección que comprometa la incisión profunda • Diagnóstico hecho por un cirujano o médico tratante de una ISQ de incisión profunda. • 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.

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

Una ISQ 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. Los sitios específicos son asignados a ISQ de órgano/espacio para identificar con mayor precisión la infección, un ejemplo es la intervención de apendicetomía con absceso diafragmático que debe ser registrado como ISQ de órgano/espacio

Debe tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1
1.1 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 **MAS** **1.2** Que comprometa 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

MAS

1.1. 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 ventriculitos - 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

NEUMONIA CLINICAMENTE DEFINIDA (NEU1)

Se diagnostica combinando criterios radiológicos, clínicos y de laboratorio. En pacientes con ventilación mecánica, se considera que el paciente ha de estar intubado y ventilado en el momento de la aparición de síntomas o estuvo ventilado en un plazo de hasta 48 horas antes de la aparición de la infección o en los 7 días posteriores al egreso hospitalario.
Debe tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
1.1 Paciente con matidez o crepitantes al examen físico del tórax. **MAS** 1.2 Al menos uno de los siguientes: • Esputo purulento o cambio en el carácter del esputo • Hemocultivo positivo • Aislamiento de agente etiológico de muestra obtenida por aspirado transtraqueal, cepillado bronquial o biopsia.	2.1 Paciente con examen radiográfico anormal que muestra nuevos o progresivos infiltrados, efusión pleural, consolidación o cavitación. **MAS** 2.2 Al menos uno de los siguientes: • Esputo purulento o cambio en el carácter del esputo • Hemocultivo positivo • Aislamiento de agente etiológico de muestra obtenida por aspirado transtraqueal, cepillado bronquial o biopsia. • Evidencia histopatológica de neumonía
CRITERIO 3	**CRITERIO 4**
3.1 Paciente ≤ 1 año de edad Al menos dos de los siguientes signos o síntomas:	**4.1 Paciente ≤ 1 año de edad**

• Apnea, • Taquipnea, • Bradicardia, • Sibilantes, roncantes o tos. **3.2 MAS** Uno de los siguientes: • Esputo purulento o cambio en el carácter del esputo • Hemocultivo positivo • Aislamiento de agente etiológico de muestra obtenida por aspirado transtraqueal, cepillado bronquial biopsia	Examen radiológico anormal que muestra nuevos o progresivos infiltrados, efusión pleural, consolidación o cavitación. **4.2 MAS** Al menos uno de los siguientes: • Esputo purulento o cambio en el carácter del esputo • Hemocultivo positivo • Aislamiento de agente etiológico de muestra obtenida por aspirado transtraqueal, cepillado bronquial o biopsia • Evidencia histopatológica de neumonía

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- ✓ Cultivo de esputo expectorado no es útil en el diagnóstico de neumonía, pero podría ayudar a identificar el agente etiológico y proveer información útil sobre la susceptibilidad antimicrobiana.
- ✓ Hallazgos en una serie de radiografías de tórax podrían ser más útiles que una sola radiografía.
- ✓ En pacientes SIN enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente (ej. SDRA, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC), o síndrome obstructivo crónico pulmonar) se acepta como criterio una sola radiografía de tórax.

1) NEUMONIA CON PATOGENOS BACTERIANOS COMUNES U HONGOS FILAMENTOSOS PATOGENOS Y HALLAZGOS ESPECIFICOS 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 1 (*) de los siguientes:

- Infiltrado nuevo o progresivo y persistente
- Consolidación
- Cavitación
- Neumatocele en niños ≤ 1 año

Signos y Síntomas al menos 1 de los siguientes:

- 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	CRITERIO 2
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.	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

CONSIDERACIONES ESPECIALES

(*) En pacientes con enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente, se requieren dos o más radiografías de tórax con los hallazgos descritos.

2) NEUMONIA EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS (NEU 3)

CRITERIO 1

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

Criterio Radiológico. ***2 o más*** radiografías seriadas con ***al menos 1*** de los siguientes:

- Infiltrado nuevo o progresivo y persistente
- Consolidación
- Cavitación
- Neumatocele en niños ≤ 1 año

(*) 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 (Nota 1).

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 – PaO2/FiO2 ≤ 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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Paciente 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. **MAS** 1.2. ***Al menos 1*** de los siguientes: • Organismos cultivados de sitio especifico. • Hemocultivo positivo • Prueba antigénica positiva en sangre y secreciones respiratorias. • Titulo único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero apareado (IgG) para el patógeno.	2.1Paciente con un obseso reconocido en examen directo, durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.	3.1**Paciente ≤ a 1 año de edad incluidos neonatos** 3.1 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, **MAS** 3.2 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.

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	CRITERIO 2
1.1Paciente que no tiene evidencia clínica o radiográfica de neumonía. **MAS** 1.2. 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. **MAS** 1.3 ***Al menos 1*** de los siguientes: • Cultivo + obtenido por aspiración traqueal profunda o broncoscopia. • Prueba antigénica positiva para germen patógeno de secreciones respiratorias.	2.1. **Paciente ≤ 1 año de edades incluidas neonatos** que no tengan evidencias clínicas o radiológicas de neumonía. **MAS** 2.2. ***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. **MAS** 1.3 ***Al menos 1*** de los siguientes: • Cultivo + obtenido por aspiración traqueal profunda o broncoscopia. • Prueba antigénica positiva para germen patógeno de secreciones respiratorias. • Apnea o bradicardia. • Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero apareado (IgG) para el patógeno.

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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Paciente que tenga organismos vistos en frotis o cultivo de tejido o líquido pulmonar, incluyendo líquido pleural.	2.1Paciente con absceso pulmonar o empiema evidenciado durante procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.	3.1Paciente con una imagen compatible con absceso en el examen radiográfico de pulmón.

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

6.3 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR MECANICO

Es 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	CRITERIO 2
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	Al ***menos 2*** de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38°C), • Dolor abdominal, • Hiperestesia uterina o drenaje purulento del útero. • Sub involución uterina

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- ✓ Registrar la endometritis post parto 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	CRITERIO 2
Paciente post parto vaginal con drenaje purulento de la episiotomía	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 una paciente en post operatorio de histerectomía con sospecha de infección de tapón o cúpula vaginal.

CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Paciente post histerectomía con drenaje purulento de tapón o cúpula vaginal.	2.1Paciente post histerectomía que tenga un absceso en el tapón vaginal.	3.1Paciente post histerectomía con cultivo positivo obtenidos del líquido o tejido del tapón vaginal.

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

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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Paciente cultivo positivo obtenidos de tejido o fluido del sitio afectado.	2.1Paciente con un absceso u otra evidencia de infección del sitio afectado visto durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.	3.1Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas: • Fiebre (>38°C), • Nauseas, • Hipersensibilidad y disuria **MAS** 1.3 ***Al menos 1*** de los siguientes: • Hemocultivo positivo. • Diagnóstico médico.

8. INFECCIONES DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL (GI)

8.1 Gastroenteritis (GAEN) Debe tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
1.1 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.	2.1 Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas: • Náuseas, vómitos • Fiebre (>38°C), • Dolor abdominal, o cefalea. **MAS** 2.2 ***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 citopaticos 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):

Esófago, estómago, intestino delgado y grueso, y recto, excluyendo gastroenteritis y apendicitis.

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 hepatotoxinas (hepatitis inducida por acetaminofén o alcohol, etc.)
- ✓ No reportar la hepatitis o ictericia que resulta de obstrucción biliar (colecistitis).

CRITERIO 1
Paciente que tenga **al menos dos** de los siguientes signos y síntomas sin otra causa: • Fiebre (>38°C), • Anorexia, nausea, vómito • Dolor abdominal, ictericia • Historia de transfusión en los últimos 3 meses **MAS** 1.1 ***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.

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 o área.

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

CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Paciente con organismos cultivados de material purulento del espacio intraabdominal obtenido dentro de un procedimiento quirúrgico o por aspiración con aguja.	2.1Paciente con absceso u otra evidencia de infección intraabdominal reconocida durante un procedimiento o examen histopatológico.	3.1Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas: • Fiebre (>38°C), • Náuseas, vómitos • Dolor abdominal • Ictericia **MAS** 3.2 ***Al menos 1*** de los siguientes: • Organismos cultivados de drenaje colocado quirúrgicamente (sist. drenaje cerrado por succión y dren tubo en T o positivo (ej.: sistema de drenaje cerrado por

		succión, drenaje abierto, 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.

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

CRITERIO 1	CRITERIO 2
Paciente ≤ 1 año de edad 1.1 Al ***menos 2*** de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Aspirado bilioso. • Vómitos. • Distensión abdominal • Regurgitación residual. **MAS** **1.2.** Presencia de sangrado microscópico o macroscópico en heces. **MAS** 1.3. Al ***menos 1*** de las siguientes anormalidades abdominales radiográficas: • Neumoperitoneo. • Neumatosis intestinal. • Asas "rígidas" sin cambios del intestino delgado.	2.1 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	CRITERIO 2
1.1 Paciente con drenaje purulento, pústulas, vesículas o forúnculos.	2.1 Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas: • Dolor o hipersensibilidad • Hinchazón localizada • Enrojecimiento o calor. **MAS** ***2.2 Al menos uno*** *de los siguientes:* Cultivo positivo del aspirado o drenaje del sitio afectado, si los organismos son de la puro (ej. 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.D, 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.

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 úlceras de decúbito como DECU.
- ✓ Reportar las quemaduras infectadas como QUEM
- ✓ Reportar absceso mamarios o mastitis como MAS

9.2 **Infección de tejido blando (TBL)**

Faceites necrotizante, gangrena infecciosa, celulitis necrotizante, miosotis, linfadenitis o linfangitis Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
1.1 Paciente con cultivo positivo del tejido o drenaje del sitio afectado.	2.1 Paciente con drenaje purulento del sitio afectado.
CRITERIO 3	**CRITERIO 4**
3.1 Paciente con absceso u otra evidencia de infección vista durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.	4.1 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 **MAS** • Hemocultivo positivo • Pruebas de antígeno positiva realizadas en sangre u orina (ejemplo: N. meningitidis, Estreptococo grupo B, Cándida spp.) • Titulo único de anticuerpos tipo (IgM) o un incremento de 4 veces en el título de anticuerpos (IgG) para el patógeno

- ✓ 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 úlceras de decúbito infectadas como tal.
- ✓ Reportar la infección del tejido pélvico profundo como tal.
- ✓ Reportar las úlceras de decúbito infectadas como tal.
- ✓ Reportar la infección del tejido pélvico profundo como tal.

9.3 Úlcera de decúbito (ULDE)

CRITERIO 1
Paciente que tenga **al menos dos** de los siguientes signos y síntomas sin otra causa: • Enrojecimiento, • Dolor abdominal, • Inflamación de los bordes de la herida **MAS** 1.2 ***Al menos 1*** de los siguientes: • Cultivo positivo del líquido o tejido recogido adecuadamente. • Hemocultivo positivo.

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

9.4 Infección de Quemadura (QUEM):

Debe de cumplir al menos uno de los criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Paciente 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** 1.2 El examen histológico de la biopsia de la quemadura demuestra invasión de organismos en el tejido viable adyacente.	2.1Paciente 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** 2.2 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	3.1Paciente con al menos dos de los siguientes signos y síntomas: • Fiebre (>38°C), • Hipotermia (<36°C), • Hipotensión • Oliguria (20ml / hr) hiperglicemia con una dieta de carbohidratos previamente tolerada • Confusión mental **MAS** 3.2 ***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

	electrónica, visualización de partículas virales por microscopia electrónica en una biopsia o raspado de la lesión. 3.	• 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.

- ✓ Sólo pus en la herida de la quemadura no es adecuada 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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Paciente con un cultivo positivo del tejido o líquido mamario afectado obtenido por incisión y drenaje o aspiración con aguja.	2.1Paciente tiene un absceso mamario u otra evidencia de infección reconocida durante procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.	3.1Paciente con fiebre (>38°C) e inflamación local de la mama. **MAS** • Diagnóstico médico de absceso mamario.

- ✓ 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	CRITERIO 2
1.1Paciente con eritema y/o drenaje seroso del ombligo. **MAS** 1.2. ***Al menos 1*** de los siguientes: • Cultivo positivo del drenaje o de aspiración con aguja • Hemocultivo positivo	2.1 Paciente con eritema y pus en el ombligo

- ✓ 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	CRITERIO 2
1.1 El neonato tiene uno o más pústulas. **MÁS** 1.2 Diagnóstico médico de infección cutánea.	2.1. Infante con uno o más pústulas **MÁS** 2.2 Inicio de terapia médica antimicrobiana apropiada.

- ✓ 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 Circuncisión en el recién nacido (CIRC)

Debe de tener al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1 Que el recién nacido tenga drenaje purulento del sitio de circuncisión.	2.1 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** 2.2 Patógeno cultivado del sitio de circuncisión.	3.1 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 **MAS** 3.2Contaminante de la piel spp. Bacillus spp. [no B. anthracis], Propionibacterium spp, epidermidis], estreptococos del grupo viridans, Aerococcus spp, Micrococcus spp) que sea cultivado del sitio de circuncisión. **MÁS** 3.3Diagnóstico médico de infección o que el medico inicie la terapia apropiada.

- ✓ Reportar los eventos de infección relacionada con circuncisión en población diferente a recién Nacido (menor a 30 días) ISQ 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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1 Paciente con cultivo positivo de una muestra de hueso.	2.1Paciente con evidencia de osteomielitis en el examen directo del hueso durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico	3.1Paciente 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. **MAS** 3.2 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 Articulación o bursa (ARBU)

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.2 Paciente con cultivo positivo del fluido articular o biopsia sinovial.	2.1Paciente con evidencias de infección en una articulación o bursa reconocida durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico	3.1Paciente 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. **MAS** 3.2 Al menos uno de los • Organismos y leucocitos reconocidos en tinción gram de fluido articular. • Prueba de antígeno positiva (h. influanzae, S pneumonae). • Citoquímico del líquido articular compatible con infección y que no se explica por un trastorno reumatológico subyacente. • Evidencia de infección 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	CRITERIO 2
1.1 Paciente con cultivo positivo del tejido del espacio discal vertebral obtenidos durante un procedimiento quirúrgico o aspiración con aguja.	2.1 Paciente con evidencia de infección del espacio discal vertebral reconocido durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.
CRITERIO 3	**CRITERIO 4**
3.1 Paciente con fiebre (>38 ° C sin otra causa reconocida o dolor en el disco intervertebral involucrado. **MÁS** Evidencia radiográfica de infección Ejemplo, hallazgos anormales en radiografía, TAC, resonancia magnética nuclear o estudio de gammagrafía con galio o tecnecio.	4.1 Paciente con fiebre (>38 ° C) sin otra causa reconocida y dolor en el espacio vertebral comprometido. **MAS** 4.2 Prueba de antígeno positivo en sangre u orina (ejemplo: 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	CRITERIO 2
1.1 Paciente con cultivo positivo de tejido cerebral o duramadre.	1.2 Paciente con un absceso o evidencia de infección intracraneal reconocida durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.
CRITERIO 3	**CRITERIO 4**
3.1 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. **MAS** 3.2 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** 3.3 Si el diagnóstico de absceso cerebral hecho antes de la muerte del paciente y recibió terapia medica antimicrobiana apropiada.	4.1 Pacientes menor de ≤ 1 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(<38°C) • Hipotermia (<36°C) • Apnea, bradicardia • Signos neurológicos localizados o cambios en el nivel de conciencia. **MAS** 4.2 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. • Titulo único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en anticuerpos tipo (IgG) para patógeno. **MÁS** 4.3 Si el diagnóstico es realizado antes de la muerte del paciente y recibió terapia médica antimicrobiana apropiada.

✓ 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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1 Paciente con cultivo positivo del líquido céfalo raquídeo (LCR). del fluido articular o biopsia sinovial.	2.1Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Cefalea, • Rigidez de nuca, •Signos meníngeos, •Signos de pares craneales (+) o irritabilidad. **MAS** 2.2 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** 2.3 Si el diagnóstico de infección del sistema nervioso central es realizado antes de la muerte del paciente y recibió terapia médica antimicrobiana apropiada.	3.1 Paciente ≤ 1 en el que el pediatra sospeche compromiso del sistema nervioso central. 3.2 Que tenga al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38°C) • Hipotermia (<36°C) • Apnea, bradicardia, • Rigidez de nuca, • Signos meníngeos, • Signos de pares craneales (+), irritabilidad o convulsión. **MÁS** 3.3 Al menos uno de los siguientes: • Incremento de leucocitos, • Microrganismos 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** 3.4 Si el diagnóstico de infección del sistema nervioso central es realizado antes de la muerte y el médico inicia terapia antimicrobiana apropiada.

- ✓ 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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1 Paciente con cultivo positivo del absceso del espacio epidural o subdural de la medula espinal.	2.1Paciente con diagnóstico absceso en el espacio epidural o subdural de la médula espinal durante el acto operatorio, autopsia o examen histopatológico.	3.1 Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas con sospecha de compromiso espinal • Fiebre(>38ºC) • Dolor dorsal, • Malestar focal, • Radiculitis, •Paraparesia o paraplejia. **MÁS** 3.2 Al menos uno de los siguientes: • Hemocultivo positivo. • Evidencia radiológica de absceso espinal (ej,; hallazgos anormales en melografía ecografía, TAC, RMN, gammagrafía etc). **MÁS** 3.3 Si el diagnóstico de compromiso espinal es hecho antes de muerte, el médico inicia terapia antimicrobiana apropiada.

- ✓ 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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1 Paciente con cultivo positivo de la válvula o vegetación.	2.1Paciente con dos o más de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • 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** 2.2 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. 2.3Diagnóstico de endocarditis hecho anti-morten, que el médico haya iniciado la terapia antimicrobiana apropiada	3.1 Paciente ≤ 1 año edad incluido neonato. 3.1 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** 3.2 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. meningitidis o estreptococo grupo B). • Evidencia de una nueva vegetación reconocida en la ecocardiografía. **MÁS** 3.3 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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Paciente con cultivo positivo del tejido pericárdico o fluido obtenido por aspiración con aguja o durante un procedimiento quirúrgico.	2.1Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38°C) • Dolor torácico, • Pulso paradójico • Aumento del tamaño del corazón **MÁS** 2.2 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 relacionados con agentes por eco cardiografía, TAC, RMN, o angiografía	3.1 Paciente ≤ 1 año edad incluido neonato. 3.1 Con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38°C) • Hipotermia • Apnea • Bradicardia • Pulso paradójico • Aumento del tamaño del corazón **MÁS** 3.2 Al menos uno de los siguientes: • EKG anormal consistente con miocarditis o pericarditis. • Prueba de antígeno positiva en san gre (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.

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

12.3 Mediastinitis (MEDI)

Debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios

CRITERIO 1	CRITERIO 2
1.2 Paciente con cultivo positivo del tejido mediastinal o de un fluido obtenido durante un procedimiento quirúrgico o aspiración con aguja.	2.1 Paciente con evidencia de mediastinitis reconocida durante procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.
CRITERIO 3	**CRITERIO 4**
3.1 Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre(<38°C) •Dolor torácico o inestabilidad esternal **MÁS** 3.2. 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 los Rx.	4.1 En pacientes ≤ 1 de edad incluida neonatos con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre(<38°C) • Hipotermia (<36°C) • Apnea, bradicardia •.Inestabilidad esternal **MÁS** 4.2. 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 los Rx.

✓ 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	CRITERIO 2
1.1 Organismos cultivados de las arterias o venas removidas durante un procedimiento quirúrgico. **MÁS** 1.2. Hemocultivos negativos o no realizados	2.1. Evidencia de infección arterial o venosa vista durante un procedimiento quirúrgico o examen histopatológico.
CRITERIO 3	**CRITERIO 4**
3.1 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** 3.2 Más de 15 colonias cultivadas de la punta de una cánula intravascular empleando método semicuantitativo de cultivo. **MÁS** 3.3 Hemocultivos negativos o no realizados.	4.1 Drenaje purulento en el sitio de inserción vascular. MÁS **MAS** 4.2. Hemocultivos negativos o no realizados.
CRITERIO 5	
5.1 En pacientes menor e igual a un año de edad incluida neonatos, con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida 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** 5.2 Cultivo de la punta de una cánula intravascular empleando método semicuantitativo de cultivo, con más de 15 colonias. **MÁS** 5.3 Hemocultivos negativos o no realizados	

✓ 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	CRITERIO 2
1.1Paciente 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.	2.1 Paciente con dolor o enrojecimiento de la conjuntiva o alrededor del ojo. Infante con uno o más pústulas **MÁS** 2.2. 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.

- ✓ 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	CRITERIO 2
1.1 Paciente con cultivo positivo anterior o posterior del ojo o del fluido vítreo.	2.1 Al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: dolor ocular, alteración visual, hipopión. **MÁS** 2.2. 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 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	CRITERIO 2
1.1 Paciente con patógenos cultivados de drenaje purulento del canal auditivo	2.1 Al Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38° C) • Dolor, enrojecimiento • Drenaje del canal auditivo **MÁS** 2.2. 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	CRITERIO 2
1.1 Paciente con organismos cultivados en el líquido del oído medio obtenido por timpanocentesis o un procedimiento quirúrgico.	2.1 Al Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38° C) • Dolor en el tímpano • Inflamación, • Retracción o disminución de la movilidad del tímpano o líquido detrás del tímpano.

13.3.3 Otitis Interna (OTIN):

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
1.1 Paciente con organismos cultivados en el líquido del oído interno obtenido por procedimiento quirúrgico.	2.1 Paciente con diagnóstico médico de infección del oído interno.

13.4 Mastoiditis (MÁST)

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
1.1 Paciente con organismos cultivados en el drenaje purulento de la Mastoides.	2.1 Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Dolor, hipersensibilidad, • Eritema, • Cefalea • Parálisis facial **MÁS** 2.2. Al menos uno de los siguientes: • Organismos reconocidos en la tinción Gram del material purulento de la mastoides. • Prueba de antígeno positivo en sangre

13.5Infecciones 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	CRITERIO 2	CRITERIO 3
1.1Que el paciente tenga organismos cultivados del material purulento de los tejidos o cavidad oral.	2.1 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	3.1 Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Absceso, • Ulceración • Manchas blancas en el relieve en mucuosa inflamada. • Placas en la mucosa oral **MÁS** 3.2 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.

✓ 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	CRITERIO 2
1.1 Paciente con organismos cultivados en el material purulento obtenido de los senos paranasales	2.1 Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: • Fiebre (>38°C) • Dolor o hipersensibilidad sobre el seno paranasal involucrado, • Cefalea, • Exudado purulento obstrucción nasal. **MÁS** 2.2. Al menos uno de los siguientes: • Translimitación positiva • Examen radiográfico positivo.

Anexo 5

Códigos de Gérmenes

GRUPO	CODIGO	MICROORGANISMO
1. COCOS GRAM POSITIVOS	1.1	Staphylococcus aureus
	1.2	Staphylococcus epidermidis
	1.3	Staphylococcus saprophyticus
	1.4	Staphylococco coagulasa negativo
	1.5	Staphylococcus spp.
	1.6	Enterococcus faecalis
	1.7	Enterococcus faecium
	1.8	Enterococcus spp. Otros
2. BACILOS GRAM POSITIVOS	2	Listeria monocytogenes
3. ENTEROBACTERIAS	3.1	Escherichia coli
	3.2	Enterobacter cloacae
	3.3	Enterobacter aerogenes
	3.4	Enterobacter spp.
	3.5	Klebsiella pneumoniae
	3.6	Klebsiella spp.
	3.7	Klebsiella oxytoca
	3.8	Morganella morganii
	3.9	Proteus mirabilis
	3.10	Proteus spp
	3.11	otras enterobacterias
4. BACILO GRAM NEGATIVOS NO FERMENTADORES	4.1	Pseudomonas aeruginosa
	4.2	Pseudomonas spp.
	4.3	Acinetobacter baumannii
	4.4	Acinetobacter calcoaceticus
	4.5	Acinetobacter spp
	4.6	Stenetropohomonas malthophilia
	4.7	Otras pseudomonas no fermentadores
5. LEVADURAS Y OTROS HONGOS UNICELULARES	5.1	Candida albicans
	5.2	Candida no albicans
	5.3	Cyptoccus neoformans
	5.4	Otras levaduras
6. HONGOS FILAMENTOSOS	6.1	Aspergillus fumigatus
	6.2	Aspergillus flavus
	6.3	Aspergillus niger
	6.4	Aspergillus niger spp.
	6.5	Otros hongos filamentosos
7. Otros microorganismos no incluidos en el Istado		
8. NEGATIVO		
9. EN PROCESO		

Anexo 6

Código de Antibióticos

CODIGO	ANTIBIOTICOS
	PENICILINAS
11	Naturales: Penicilina G Sódica
12	Sintéticas: oxacilina, dicloxacilina
13	Aminopenicilinas: ampicilina, amoxilina
14	Espectro ampliado: ticarcilina, mezlocilina
	Combinadas con inhibidor de beta lactamasa: ampicilina+sulbactam, ticarcilina+ácido clavulánico
	CEFALOSPORINAS
	1° Generación
15	Cefalotina
16	Cefazolina
17	Cefalexina
18	Cefadroxil
19	Cefradina
	2° Generación
20	Cefoxitina
21	Cefuroxima
22	Cefaclor
	3° Generación
23	Ceftriaxona
24	Cefotaxima
25	Cefepime
26	Ceftazidima
27	Otra cefalosporina
	AMINOGLUCOSIDOS
28	Gentamicina
29	amikacina
30	Netilmicina
31	Estreptomicina
32	kanamicina
	MACROLIDOS Y LINCOSAMIDAS
33	Lincomicina
34	Clindamicina
35	Eritromicina
36	Claritromicina
37	Roxitromicina
	GLICOPEPTIDOS
38	Vancomicina
39	Teicoplanina
	QUINOLONAS
40	Norfloxacina
41	Ciprofloxacina
42	Sparfloxacina
43	Trovafloxacina
44	Levafloxacina
45	Lomefloxacina
46	Acido nalidixico
47	Ofloxacina
48	Perfloxacina
49	Otras

CODIGO	ANTIBIOTICOS
50	**MONOLACTAMICOS : Aztreonam**
	CARBAPENEM
51	Imipenem
52	Meropenem
53	**CLORAMFENICOL**
54	**METRONIDAZOL**
55	**COTRIMOXAZOL**
	TETRACICLINAS
56	Tetraciclina
57	Doxicilina
58	**ANFOTERICIN B**
	AZOLES
59	Ketoconazol
60	Fluconazol
61	Itraconazol
62	Miconazol
63	Clotrimazol
	ANTIVIRALES
64	Aciclovir
65	Ganciclovir
66	Zidovudina
67	Famciclovir
68	Valaciclovir
	ANTITUBERCULOSOS
69	Isononiacida
70	Rifampicina
71	Etambutol
72	Pirazinamida
73	Tiazina
74	Etionamida
75	Otros antituberculosos
76	**NITROFURANTOINA**
77	Otros nitrofuranos
78	**SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIM**
79	**OTROS ANTIBIÓTICOS**
80	**ANTIBIÓTICOS NO ESPECIFICADOS**

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Dirección General de Epidemiologia, Ministerio de Salud Protocolo de Estudio Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias, Lima, Perú 2014, accesado el 20/01/2015 en http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/Protocolo%20Estudio%20de%20Prevalencia_DGE.pdf

2.- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; Jornada Mundial "*Salve vidas: límpiese las manos*", Programa "La Atención Limpia es una Atención más Segura", 2015. Accesado el 11/05/2017 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10788%3A2015-infections-associated-to-health-care-and-hand-hygiene&catid=4669%3Aannouncements-hss&Itemid=39594&lang=es

3.- Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, Estudio de EPINE 2013 y Encuesta de Prevalencia en los Hospitales Agudos de Europa, España 2013 accesado en 11/04/2017 en https://es.scribd.com/document/.../Vigilancia-Epi-Infecciones-Modulo-IV-2013-pdf

4.- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Vigilancia Epidemiológica de las infecciones asociadas a la Atención de la Salud en neonatología. Módulo IV. Washington, DC: OPS, 2013. Accesado el 20/01/2016 https://es.scribd.com/document/362312498/Vigilancia-Epi-Infecciones-Modulo-IV-2013-pdf

5.- Ministerio de Salud, "Lineamiento para a Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", Lima –Perú 2015, accesado el 20/01/2016 en http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/IH1.pdf