

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



**INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL**

**“NORMA DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ,
EQUIPOS Y RESPONSABLE DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN
SANITARIA EN EL ISSS”.**

Septiembre de 2019



Presentación

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la atención en salud, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, Acuerdo #0458 Abril 2015, como dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos.

En este sentido el "Norma de organización y funcionamiento del comité, equipos y responsables de vigilancia prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria en el ISSS", será el instrumento normativo que tendrá como objetivo regular la conformación y funcionamiento del Comité Administrativo, Equipo Técnico, Equipo de Servicio y Responsable de IAAS quienes tendrán la obligación de velar por la cuyo fin último será la reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria en los Centros de Atención del ISSS.



Dr. Hebert Rivera Alemán

Director General ISSS.

Equipo Facilitador normativo.

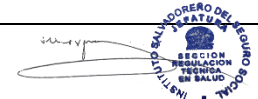
| Nombre | Procedencia |
|---|--|
| Dr. Jonathan David Hernández Somoza. | Jefe Departamento Planificación Estratégicas en Salud. |
| Dr. José Guillermo Vaquerano. | Jefe Sección Regulación Técnica en salud. |
| Dr. William Adonay Sosa Díaz. | Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en salud |
| Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano. | Colaborador Técnico en Salud I Sección Regulación Técnica en salud |

Profesionales que participaron en la elaboración y Revisión del Documento.

| Nombre | Procedencia |
|---|---|
| Dra. Silvia Guadalupe Mendoza. | Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Vigilancia Sanitaria |
| Dr. William Adonay Sosa Diaz. | Colaborador Técnico en Salud II. Sección de Regulación Técnica en Salud. |
| Dra. Margarita L. Linares de Cruz. | Gerencia de Servicios de Apoyo a Procesos de Salud. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico |
| Dra. Ana Elizabeth de Viana. | Jefatura de Control de Infecciones. Hospital 1 ° de mayo. |
| Dra. Odette Escalante Bonilla | Epidemiologa Unida Medica 15 de septiembre |
| Dra. Paty Carolina Monteagudo Montes | Clínica empresarial Súper Repuestos. |
| Dra. Maria Evelyn Menjivar Jacobo | Clinica Comunal Las Victorias. |
| Dr. Daniel Alberto Vasquez Lara | Jefe de Medicina Interna HP Zacamil. |
| Licda. Maritza Jácome Cerritos. | Enfermera Supervisora. Hospital General |
| Licda. Ana Miriam Quezada de Portillo. | Enfermera Supervisora. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico |
| Licda. Reina Isabel Hernández de Carpio. | Enfermera Supervisora. Hospital Amatepec. |
| Licda. Reyna Isabel Montano Mejía. | Enfermera Supervisora. Hospital 1 ° de mayo. |
| Licda. Ena Marlene Landaverde. | Enfermera. Hospital 1 ° de mayo. |
| Licda. Milagro Cecilia Hernández de Nerio. | Coordinación Institucional de Enfermería. |
| Licda. Evelyn Guadalupe Escobar de Chávez | Colaborador Técnico. Depto. Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud. |

Profesionales que participaron en la validación del Manual del documento.

| Nombre | Procedencia |
|--|---|
| Dr. Gonzalo Enrique Ortez Barillas. | Jefe de Unidad de Medicina Crítica - Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico. |
| Dra. Silvia Guadalupe Mendoza. | Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Vigilancia Sanitaria. |
| Dr. Francisco Lemus | Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Vigilancia Sanitaria. |
| Dr. William Adonay Sosa Díaz. | Colaborador Técnico en Salud II. Sección de Regulación Técnica en Salud. |
| Dra. Mery Cardoza de Parada | Colaborador Técnico en Salud II. Sección de Regulación Técnica en Salud. |
| Dra. Marianela Fernández de Merlos. | Epidemióloga. Hospital General. |
| Dr. Francisco Castillo | Epidemiólogo. Hospital Roma. |
| Dra. Ingrid L. Hugentobler | Epidemióloga. Hospital Materno Infantil 1º de Mayo. |
| Dr. Saul Ernesto Villalobos Ramos | Epidemiólogo. Hospital de Sonsonate. |
| Dr. Boris Oswaldo Garcia Avilés. | Jefatura Medicina Critica Hospital General. |
| Dr. Salvador de Jesus Gómez | Epidemiologo HR de San Miguel. |
| Dr. Rafael Baltrons | Epidemiologo Hospital Amatepec. |
| Dr. Vicente Alberto Cubias | Epidemiologo. UM. San Vicente. |
| Dr. Miguel Angel Flores | Epidemiologo. UM Usulután |
| Dr. Luis Alberto Figueroa | Epidemiologo. UM San Jacinto |
| Dra. Patricia Milian | Epidemiologo. UM Atlacatl |
| Dra. Sonia de Herrera | Epidemiologo. UM Chalchuapa. |
| Dr. Atilio Lopez Aviles | Epidemiologo Policlínico Arce |
| Dr. Rolando Aguilar Chavez | Epidemiologo HP Zacamil. |
| Dr. Gustavo Saldaña | Epidemiologo HP Zacamil. |
| Licda. Reina Isabel Hernández de Carpio | Supervisora de Enfermería. Hospital Amatepec |



| | |
|--|--|
| Licda. Maritza Angélica Jácome Cerritos. | Supervisora de Enfermería. Hospital General. |
| Licda. Ana Miriam Quezada de Portillo | Enfermera de Nosocomiales HMQ y O. |
| Licda. Reyna Montano | Enfermera de Programa de IAAS. Hospital Materno Infantil 1° de Mayo. |
| Licda. Veronica Esmeralda Reyes | Enfermera HP Zacamil. |
| Licda. Ana Cecilia Portal Grijalva | Dpto. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud |
| Licda. Yanira Arévalo de Saravia | Supervisora Nosocomiales – Hospital General |
| Licda. Berta Dinora Alvarenga de Cruz. | Jefe de Servicio Especializado. H. Policlínico Roma. |
| Licda. Edna Elizabeth Domínguez Navarrete. | Jefa de Enfermeras. Hospital general. |
| Licda. Rosa Irene Granados Moz. | Enfermera de IAAS. Hospital Policlínico Arce. |
| Enf. graduada. Milagro De Jesús Cáceres de Hernández. | Encargada de IAAS. Hospital Policlínico Planes de Renderos. |
| Licda. Maritza del Carmen Mena de Romero. | Enfermera de IAAS. Hospital Policlínico Roma |
| Licda. Julia del Carmen Aguirre Guillén. | Supervisora de Enfermería. Hospital de Sonsonate. |
| Licda. Maria Estela Cordero. | Supervisora de Enfermería. Hospital Regional de San Miguel. |
| Licda. María del Transito Ibáñez de Colón. | Enfermera de IAAS- hospital Regional de Santa Ana. |
| Lic. Edwin Bonilla Flores | Jefe Farmacia - Hospital Materno Infantil 1° de Mayo. |
| Licda. Idilia A. Navarrete Parada | Jefe Farmacia U.M. Atlacatl |



Contenido

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Marco Legal..... | 1 |
| II. | Introducción. | 5 |
| III. | Antecedentes. | 6 |
| IV. | Propósito | 6 |
| V. | Ámbito de aplicación:..... | 6 |
| VI. | Disposiciones generales. | 7 |
| VII. | Objetivos de la Norma. | 10 |
| VIII. | Organización y funcionamiento del comité..... | 11 |
| 1. | Objetivos del Comité. | 11 |
| 2. | Integración del Comité..... | 11 |
| 3. | Perfil de los miembros del Comité. | 11 |
| 4. | Funciones del Comité..... | 12 |
| 5. | Responsabilidades generales de los miembros del Comité..... | 13 |
| 6. | Responsabilidades específicas de los miembros del Comité..... | 14 |
| 7. | De las sesiones del Comité. | 17 |
| 8. | Evaluación de resultados. | 18 |
| IX. | Organización y funcionamiento del Equipo técnico, Equipo de servicios y Responsables de IAAS en el ISSS..... | 18 |
| 1. | Objetivos del Equipo técnico. | 19 |
| 2. | Integración y funciones del Equipo técnico en hospitales y policlínicos. | 19 |
| 3. | Equipos de servicio..... | 24 |
| 4. | Integración y funciones del Equipo técnico en Unidades Médicas con hospitalización..... | 25 |
| X. | Responsable de IAAS en las Unidades Médicas sin hospitalización, clínicas comunales y empresariales. | 27 |
| XI. | Evaluación de resultados. | 28 |
| XII. | Plan anual de trabajo. | 29 |
| XIII. | Indicadores..... | 29 |
| XIV. | Bibliografía. | 30 |
| XV. | Vigilancia de la Norma..... | 31 |
| XVI. | Infracciones y Sanciones..... | 31 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| XVII. Vigencia. | 31 |
| XVIII. Oficialización. | 32 |
| XIX. Glosario. | 33 |
| XX. Anexos. | 34 |

I. Marco Legal.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

CAPITULO UNICO - LA PERSONA HUMANA Y LOS FINES DEL ESTADO

Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.

Asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción.

En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

La salud es uno de los factores más determinantes en la consecución de los fines propuestos por la Constitución, es por ello que la persona humana, constituye el principio y el fin de la actividad estatal, tiene derecho a que se le asista, de forma preventiva y curativa (1).

CÓDIGO DE SALUD.

SECCIÓN DIECISEIS

Seguridad e Higiene del Trabajo

Art. 107.- Se declara de interés público, la implantación y mantenimiento de servicios de seguridad e higiene del trabajo. Para tal fin el Ministerio establecerá de

acuerdo a sus recursos, los organismos centrales, regionales, departamentales y locales, que en coordinación con otras instituciones, desarrollarán las acciones pertinentes.

Art. 108.- El Ministerio en lo que se refiere a esta materia tendrá a su cargo:

- a) Las condiciones de saneamiento y de seguridad contra los accidentes y las enfermedades en todos los lugares de producción, elaboración y comercio;
- b) La ejecución de medidas generales y especiales sobre protección de los trabajadores y población en general, en cuanto a prevenir enfermedades y accidentes.
- c) La prevención o control de cualquier hecho o circunstancia que pueda afectar la salud y la vida del trabajador o causar impactos desfavorables en el vecindario del establecimiento laboral (2).

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.

CAPITULO XI

De las Obligaciones y Prohibiciones de los Trabajadores y Trabajadoras.

Art 79: Son obligaciones de los trabajadores y las trabajadoras del Instituto:

- a) Realizar las labores establecidas para el puesto que desempeña, con dedicación, eficiencia, diligencia y honradez en el tiempo y lugar convenido.
- b) Desempeñar las funciones relacionadas con su cargo bajo la dirección y control inmediato de su respectivo jefe y estarán obligados a respetarlo y a obedecer todas las órdenes, regulaciones, disposiciones e instrucciones de trabajo que recibiere de él, o en su ausencia de la persona designada para sustituirlo o las de su superior jerárquico, debiendo sujetarse a lo establecido en el Contrato Colectivo de Trabajo.
- r) Acatar rigurosamente las disposiciones relativas a la presentación personal, con el objeto de prevenir las Infecciones Nosocomiales en el ISSS, que para el personal de los diferentes centros de atención se ha establecido.

NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.

Capítulo III. ACTIVIDADES DE CONTROL.

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art 2. El sistema de control Interno: es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno, proporcionará al Instituto, seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a. Objetivos de gestión: están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.
- b. Objetivos relacionados con la información: impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.
- c. Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores

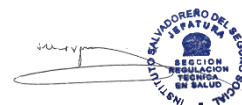
Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS, se regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, respectivamente y además de toda la normativa legal vigente, aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.



Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.

Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente, y aplicar acciones correctivas correspondientes (2).



II. Introducción.

Las infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria son aquellas infecciones que pueden ser adquiridas en cualquier establecimiento de atención en salud (Hospitales, centros de diálisis, cirugía mayor ambulatoria, etc), habiéndose descartado que esta infección estaba presente o en periodo de incubación al momento de ingreso o recibir atención. Cada año, el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complica a causa de infecciones contraídas durante la asistencia médica. Como consecuencia, algunas personas enferman gravemente. Algunas deben permanecer más tiempo en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante para los sistemas de salud.

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria – presentan muchas de las características de un problema importante de seguridad del paciente. Se producen por numerosas causas relacionadas tanto con los sistemas y procesos de la prestación de la atención sanitaria como con comportamientos individuales de los prestadores de los servicios de salud (3).

Se ha descrito ampliamente en la literatura los medios para la vigilancia, prevención y control de estas infecciones; entre los cuales se encuentran las medidas estándares las cuales comprenden la higiene de manos y el uso de Equipo de Protección Personal y además las medidas de prevención de la trasmisión a través de aire, contacto y gotas.

Todo el personal de salud está obligado a cumplir estas medidas, con lo cual se estaría evitando problemas de salud al paciente y mayor carga al sistema de salud. Este documento describe la estructuración y funciones de un sistema de vigilancia prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS) compuesto por: La Comisión Institucional, Comité Administrativo, Equipo técnico, Equipo de Servicio y Responsable de IAAS, todos los anteriores serán los encargados de velar por la Vigilancia, prevención y control de estas Infecciones tanto a nivel hospitalario como a nivel de los centros de atención del primer nivel del ISSS.



El objetivo del documento es organizar a las personas que conformarán este sistema para que la información y el conocimiento fluyan entre unos y otros.

Se espera, con esta normativa dar un salto de calidad en la atención al derechohabiente que asiste a los centros de atención, disminuyendo el riesgo de contraer una infección asociada con la atención que se le preste.

III. Antecedentes.

Para cumplir con el objetivo de la vigilancia epidemiológica el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) En 1984, se conforma el primer comité de prevención y control de infecciones nosocomiales en el Hospital General, el cual se desintegró en 1986 a causa del terremoto del 10 de octubre; a partir de esta fecha no funcionó ningún comité hasta que en la década de los 90 se conforman comités de control de infecciones nosocomiales en distintos establecimientos del ISSS.

En esta misma década, se modernizan los comités con la incorporación de médicos infectólogo y la preparación de Enfermeras en Control de Infecciones formados en México D.F.

En la década del 2000 al 2010 se editaron diferentes Normas y manuales relacionadas al control de infecciones.

IV. Propósito

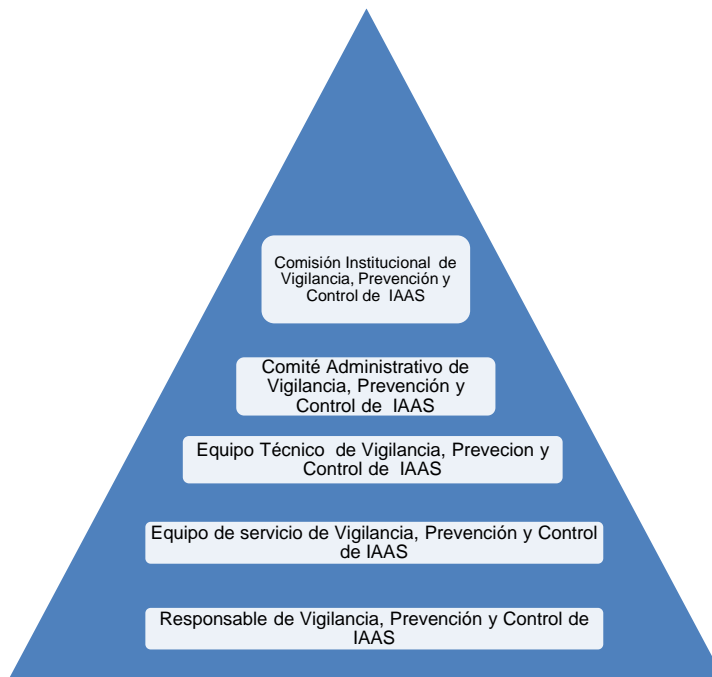
Describir la organización y funcionamiento del Comité, Equipo técnico, Equipo de Servicio y Responsable de la vigilancia prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria en el ISSS.

V. Ámbito de aplicación:

La presente normativa es de observancia en todos los centros de atención del ISSS. Los integrantes del Sistema de Vigilancia Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, son responsables de su operativización en el ámbito de sus competencias.

VI. Disposiciones generales.

1. El Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria será responsabilidad de: La Comisión Institucional para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria cuya organización y funcionamiento se describe en su norma específica, El Comité Administrativo de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, en lo porvenir "El Comité". Un Equipo Técnico de Vigilancia de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, en lo porvenir "El Equipo técnico", Equipos de Servicio de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria en lo porvenir "Equipos de Servicio" y Responsable de Vigilancia Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, en lo porvenir "El Responsable de IAAS".

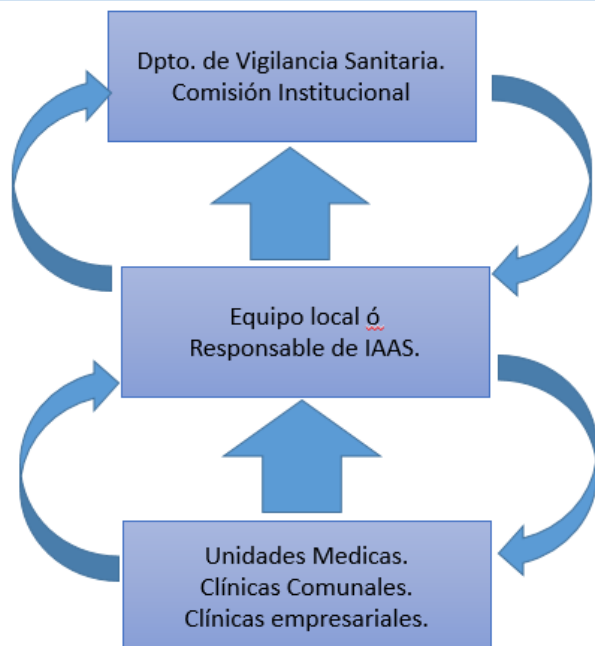


2. Para efectos de esta normativa se utilizará IAAS para abreviar Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.

3. Todo Centro de Atención del ISSS, según complejidad, deberá disponer de "Comité, Equipo técnico, Equipos de Servicios o persona Responsable de IAAS".
4. Los hospitales y policlínicos deberán conformar un Comité, un Equipo técnico y un Equipo de Servicio.
5. Las Unidades Médicas con hospitalización deberán contar con un Comité y Equipo técnico.
6. Las Unidades Médicas sin hospitalización, Clínicas Comunes Y Clínicas Empresariales deberán contar con un "Responsable de IAAS" (Anexo 1)
7. El Comité estará conformado por las distintas jefaturas del centro de atención, según su ámbito de competencia, y por el Equipo técnico.
8. El Equipo técnico, estará constituido por al menos una Enfermera con tiempo específico, un médico (Internista, Infectólogo, médico general o epidemiólogo), capacitados para tal fin.
9. En los Centros de Atención de mayor complejidad, el Equipo técnico deberá contar como mínimo con una enfermera a tiempo completo por cada 250 camas hospitalarias. Sin embargo, las autoridades locales podrán asignar a una enfermera por cada 100 camas, dependiendo del tipo de pacientes y su riesgo de adquirir o transmitir IAAS.
10. El Comité, es la máxima autoridad en los centros de atención en lo relacionado a la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS y es el ente asesor de la dirección sobre este tema. En los lugares donde solamente exista Responsable de IAAS, estos representaran la máxima autoridad en el tema teniendo la función de asesorar al director.
11. El Comité, Equipo técnico o Responsable de IAAS, según complejidad es el organismo que se encarga de asesorar y dictar lineamientos para la prevención y el control de las IAAS en los centros de atención del ISSS.
12. En caso que un centro de menor complejidad solicite apoyo técnico para Vigilancia, prevención y control de IAAS, la información fluirá en red. hacia el Equipo técnico o Responsable de IAAS de su centro de adscripción quienes

evaluarán el caso y resolverán de acuerdo a sus competencias, caso contrario se enviará a DVS quien podrán resolver o remitirá el caso a la Comisión. Así mismo, las resoluciones y recomendaciones fluirán desde la Comisión Institucional hacia el centro donde se originó la solicitud de manera inversa con copia a DVS y al coordinador del Equipo técnico de la cabeza de red correspondiente.

Flujo de información en el Sistema de Vigilancia Prevención y Control de las IAAS.



13. Para el reporte de IAAS, se usará el formulario VIGEPES 07 (ANEXO 2) el cual debe ser llenado por el médico que identifique el caso y personal de enfermería del Equipo técnico.
14. El médico que identifique el caso llenará de manera completa los siguientes apartados: Datos generales, factores de riesgo asociados, diagnóstico de la infección, antibióticos empleados.
15. Es responsabilidad del personal de enfermería del Equipo técnico llenar los apartados en cuanto a: Exámenes relacionados con IAAS (Cultivos), completar y cerrar el caso.
16. En caso de que se identifique una IAAS en un paciente en un centro de atención distinto al cual se produjo y no sea necesaria la referencia del paciente, el equipo

o responsable de IAAS del centro será el responsable del llenado VIGEPES 07 y enviarlo al centro donde se atendió inicialmente al paciente para notificarlo en el sistema y actualizar la información.

17. Todo el personal de salud del ISSS, será responsable de prevención y control de las IAAS en el ámbito de sus competencias. Así mismo, la vigilancia será permanente en todos los centros de atención del ISSS.
18. Cada jefatura deberá divulgar, implementar y monitorear el cumplimiento de las medidas de vigilancia, prevención y control de IAAS al personal bajo su cargo dictadas por el comité.
19. El personal de salud, informará los casos sospechosos de IAAS, al Equipo técnico, Equipo de servicio o encargado de IAAS, según el caso en particular.
20. Como definiciones operacionales de IAAS se utilizará las descritas en esta normativa (Anexo 3).

VII. Objetivos de la Norma.

GENERAL.

Establecer la estructura organizativa responsable del sistema de vigilancia prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria y el perfil de sus integrantes.

ESPECIFICOS.

- a. Describir la organización del sistema de vigilancia prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria en los centros de atención del ISSS.
- b. Definir las funciones de cada uno de los integrantes que conforman la organización del sistema de vigilancia, prevención y control de IAAS.
- c. Describir el funcionamiento en red del sistema de Vigilancia de IAAS.

VIII. Organización y funcionamiento del comité.

1. Objetivos del Comité.

✓ **Objetivo general:**

- Contribuir a la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria a través de la toma de decisiones y apoyo a los Equipos técnicos de IAAS.

✓ **Objetivos específicos.**

- Contribuir con la aplicación de la normativa por parte de todo el personal.
- Tomar decisiones que impacten en la vigilancia, prevención y control de las IAAS, a partir de la información proporcionada por el Equipo Técnico.

2. Integración del Comité.

- 2.1 El director del centro es el presidente nato del Comité.
- 2.2 EL Comité estará conformado, de acuerdo a la complejidad del centro de atención por representante de: Administración, Gerente de servicio de apoyo y servicios médicos, jefaturas medicas de los servicios de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, entre otras, según complejidad del centro, Jefatura del departamento de enfermería, representante de farmacia, jefe de bacteriología, el Equipo técnico y otros. De ellos se nombrará un coordinador, un secretario y el resto fungirán como vocales.
- 2.3 El número de miembros que conforman el Comité, dependerá de la complejidad y características del centro de atención, procurando mantener un número de miembros que permita una discusión enriquecedora.
- 2.4 El Comité se reunirá ordinariamente una vez al mes y el tiempo de la reunión será de 2 horas el cual puede extenderse según la complejidad de los casos, podrá reunirse de manera extraordinaria las veces necesarias.

3. Perfil de los miembros del Comité.

- 3.1 Compromiso con la misión y visión institucional.
- 3.2 Reconocida capacidad profesional en las especialidades requeridas.
- 3.3 Liderazgo.

- 3.4 Trabajo en Equipo.
- 3.5 Comunicación efectiva.
- 3.6 Ética profesional.
- 3.7 Discreción.
- 3.8 Responsabilidad.
- 3.9 Creatividad y honestidad.
- 3.10 Buenas relaciones interpersonales.
- 3.11 Conocimiento de IAAS.
- 3.12 Capacidad de resolución.

4. Funciones del Comité.

4.1 VIGILANCIA.

- 4.1.1 Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las IAAS para el proceso de la toma de decisiones.
- 4.1.2 Realizar vigilancia permanente del cumplimiento de esta normativa.

4.2 INVESTIGACIÓN.

- 4.2.1 El comité deberá proponer estudios de investigación de incidencia y prevalencia de IAAS, origen de los brotes, prácticas inadecuadas del personal y todas aquellas variables que influyan en el apareamiento de IAAS.

4.3 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN SOBRE EVENTOS RELACIONADOS A IAAS.

- 4.3.1 El comité deberá analizar la información que le sea presentado por el Equipo Técnico.

4.4 TOMA DE DECISIONES Y RESOLUCIONES PARA EL ABORDAJE LOCAL SOBRE EVENTOS RELACIONADOS A LAS IAAS.

- 4.4.1 Las resoluciones y recomendaciones para la vigilancia, prevención y control de IAAS deberán basarse en evidencia científica y experiencia adquirida.
- 4.4.2 Todos los eventos relacionados a IAAS serán intervenidos a nivel local, se reportaran a DVS y Comisión Institucional solamente aquellos casos que por su complejidad requieran la intervención de estos.

4.4.3 Las decisiones y resoluciones serán documentadas y posteriormente informadas a los jefes de las áreas implicadas.

4.5 INFORME DE RESOLUCIONES.

4.5.1 Las resoluciones o recomendaciones deberán emitirse oportunamente.

4.5.2 Los acuerdos tomados en reuniones de comité deberán ser divulgados a través de la dirección para el cumplimiento de todo el personal.

4.6 EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL RESULTADO DE LAS ACCIONES TOMADAS.

4.6.1 La evaluación de las acciones deberá realizarse tomando en cuenta el impacto en la resolución del problema, costos económicos, factibilidad de reproducción de dicha intervención en otros servicios y centros de salud de la red.

4.6.2 El monitoreo se hará a lo largo de la intervención para retroalimentar el proceso.

4.6.3 Los resultados obtenidos del monitoreo y evaluación serán documentados y enviados a las jefaturas y personal involucrado.

5. Responsabilidades generales de los miembros del Comité.

5.1 Asistir de manera indelegable a las reuniones del Comité.

5.2 Analizar los datos presentados por el coordinador.

5.3 Dar recomendaciones y resoluciones según evidencia científica de acuerdo a los eventos presentados.

5.4 Proponer estrategias para la resolución de las situaciones en torno a IAAS que se presenten.

5.5 Proponer puntos de agenda adicionales.

5.6 Formar parte de Equipos de trabajo según misiones encomendadas por el coordinador, proporcionando informes y seguimiento de estas.

5.7 Promover nuevas estrategias para vigilancia, prevención y control de IAAS.

5.8 Promover y participar en investigaciones científicas a nivel de las áreas que representan.

5.9 Participar en el desarrollo de actividades educativas relacionadas a IAAS en sus áreas de gestión.

- 5.10 Vigilar la existencia de materiales e insumos necesarios para la prevención y control de IAAS.
- 5.11 Analizar los resultados de la calidad y su relación costo beneficio de los insumos, y otras medidas referidas a la prevención de IAAS.
- 5.12 Vigilar el cumplimiento de esta norma.

6. Responsabilidades específicas de los miembros del Comité.

6.1 Responsabilidades del presidente.

- 6.1.1 El presidente del Comité Administrativo (director del centro) nombrará al Coordinador del Equipo técnico como Coordinador del Comité.
- 6.1.2 Nombrará al resto de los miembros del Comité.
- 6.1.3 Socializa los acuerdos tomados e información relevante producto de las reuniones sostenidas en el comité con las jefaturas que no estén representadas en este.

6.2 Las responsabilidades del Coordinador(a) del comité.

- Además de cumplir con las disposiciones generales, deberá cumplir con:
 - 6.2.1 Recordar al resto del comité sobre reuniones ordinarias por lo menos con 48 horas de antelación y convocar de manera inmediata a reuniones extraordinarias.
 - 6.2.2 Presentar la información de la incidencia y prevalencia de las IAAS del mes.
 - 6.2.3 Presidir las sesiones, orientar los debates y deliberaciones.
 - 6.2.4 Recepción de informes de eventos relacionados a IAAS procedentes de los establecimientos de salud adscritos a su centro que ameriten la intervención del Comité.
 - 6.2.5 Someter a discusión y aprobación lo propuesto por el Equipo técnico para la resolución de eventos relacionados a IAAS cuando lo amerite.
 - 6.2.6 Notificar y coordinar las decisiones tomadas por la DVS o la Comisión Institucional al Comité y Equipo técnico.
 - 6.2.7 Informar al comité, sobre los hallazgos al Incumplimiento de la normativa de IAAS por parte del personal de salud.

6.3 Las responsabilidades del Secretario del Comité.

- 6.3.1 Corroborar quórum de los miembros asistentes.
- 6.3.2 Programar la agenda de las sesiones.
- 6.3.3 Proponer punto de agenda adicional, si fuere el caso.
- 6.3.4 Asistir a las sesiones que se realicen.
- 6.3.5 Redactar las actas de las sesiones que contengan los puntos acordados y solicitar firma de todos los miembros.
- 6.3.6 Llevar los registros que estime necesarios relativos a los casos atendidos.

6.4 Responsabilidades de la jefatura del departamento de enfermería.

- Además de cumplir con las disposiciones generales, deberá cumplir con:
 - 6.4.1 Coordinar con la enfermera del Equipo técnico, programas de capacitación de técnicas y procedimientos para la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, para el personal de enfermería de nuevo ingreso.
 - 6.4.2 Verificar que el personal de enfermería esté capacitado, cumpla con las normas y procedimientos para la prevención y control de IAAS, a través de los supervisores y jefes de servicio.

6.5 Responsabilidades del representante de bacteriología.

- Además de cumplir con las disposiciones generales, deberá cumplir con:
 - 6.5.1 Coordinar la capacitación del personal de enfermería en cuanto a la toma, transporte, manipulación y rechazo de muestras de laboratorio.
 - 6.5.2 Notificar diariamente al Equipo técnico y jefaturas de servicios clínicos los resultados de directos y cultivos para orientar la toma de decisiones en la atención oportuna del paciente y la investigación epidemiológica de los brotes.
 - 6.5.3 Vigilar y reportar inmediatamente al Equipo técnico y jefaturas de servicios clínicos el aumento en la incidencia o apareamiento de determinados microorganismos o casos nuevos de multiresistencia bacteriana.
 - 6.5.4 Monitorear la existencia de reactivos, equipos e insumos necesarios para la realización oportuna de cultivos bacteriológicos y garantizar la identificación de resistencia bacteriana.

6.5.5 Realizar informe escrito de microorganismos aislados y perfil de susceptibilidad de manera semestral.

6.6 Representante administrativo:

➤ Además de cumplir con las disposiciones generales, deberá cumplir con:

6.6.1 Gestionar el abastecimiento de insumos, equipos y recursos de calidad, para cumplir con técnicas y procedimientos para la prevención y control de IAAS.

6.6.2 Orientar a seguir los procesos administrativos correctos, necesarios para solucionar problemas relacionados a la prevención de las IAAS.

6.6.3 Solicitar el apoyo técnico del comité para cuando se realicen construcciones o remodelaciones de la infraestructura de los centros de atención.

6.7 Médico jefes de servicios:

➤ **Además de cumplir con las disposiciones generales, deberá cumplir con:**

6.7.1 Asesorar, divulgar, implementar, supervisar y evaluar el cumplimiento de la Norma y procedimientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS en su servicio.

6.7.2 Presentar al Comité un plan de mejora cuando haya aumento de la incidencia de IAAS en su servicio.

6.7.3 Vigilar y reportar las IAAS y el aumento en la incidencia de microorganismos o casos de multiresistencia bacteriana, de su Servicio al Equipo técnico.

6.7.4 Los jefes médicos deberán orientar a los médicos bajo su cargo el llenado correcto y oportuno del VIGEPES 07 de casos de IAAS.

6.7.5 Llevar registro y análisis mensual de las IAAS de su servicio.

6.7.6 Identificar factores de riesgos que favorecen la adquisición de IAAS y establecer estrategias para disminuirlos.

6.8 Representante de farmacia.

➤ **Además de cumplir con las disposiciones generales, deberá cumplir con:**

6.8.1 Presentar informe mensual al Comité sobre el consumo de antibióticos utilizados en el tratamiento de IAAS por servicio, así como el desabastecimiento de estos.

- 6.8.2 Divulgar, implantar y monitorear el cumplimiento de los acuerdos tomados en las reuniones.
- 6.8.3 Presentar consumo de antibióticos de la reserva relacionados a IAAS, dispensados a los diferentes servicios de atención médica.
- 6.8.4 Reportar al Comité las estrategias tomadas para reforzar el uso racional de antibióticos relacionados a IAAS.
- 6.8.5 Participar activamente de las actividades y evaluación del Comité.
- 6.8.6 Compartir los análisis de la utilización de antibióticos generados a partir del formulario de control de antibióticos.

7. De las sesiones del Comité.

El Comité para efectos de reuniones ordinarias y extraordinarias y sesiones técnicas procederá de acuerdo a la siguiente metodología:

- 7.1 Cuando uno de los miembros que, siendo convocado a una sesión, no pueda asistir a la misma, deberá informar de ello por escrito. Lo anterior deberá consignarse en el acta respectiva.
- 7.2 La convocatoria deberá definir fecha, hora y lugar de la sesión.
- 7.3 El quórum para poder llevar a cabo una reunión tendrá que ser por lo menos la mitad más uno de los miembros y la mayoría de votos para tomar decisiones.
- 7.4 Las sesiones que celebre el comité, darán inicio y se desarrollarán de la siguiente manera:
 - 1. Establecimiento del quórum.
 - 2. Declaratoria de estar integrada e iniciada la sesión.
 - 3. Lectura, aprobación y firma del acta anterior.
 - 4. Lectura y aprobación de la agenda donde se detallarán todos los eventos relacionados a IAAS que serán sometidos a estudio por el comité.
 - 5. Divulgación de informes de DVS sobre la situación de las IAAS a nivel nacional.

6. Desarrollo de la agenda. La agenda de la sesión será elaborada por el coordinador del comité, cada miembro de esta podrá solicitar que se incluya puntos importantes que considere convenientes sobre los eventos de IAAS.
7. Las actas de las sesiones del comité expresarán el número correlativo fecha y lugar donde se celebró la sesión, los nombres de los miembros que asistan a cada sesión y las resoluciones que se adopten.
8. Las actas se firmarán por todos los asistentes a cada sesión y si alguno se negare a cumplir este requisito por no estar conforme a lo resuelto, se hará constar en el acta dicha circunstancia, puntualizando las razones en que fundamentan sus divergencias.
9. El contenido de las actas:
 - ❖ Número correlativo.
 - ❖ Lugar y fecha de la celebración.
 - ❖ Nombres de los miembros del Comité que integran la sesión.
 - ❖ Agenda a discutirse.
 - ❖ Resoluciones y acuerdos debidamente enumeradas correlativamente.
 - ❖ Firma de los miembros del Comité que estuvieron presentes y del Secretario del Comité.

8. Evaluación de resultados.

- a. El comité se autoevaluará en base al cumplimiento del Plan Anual Operativo,
- b. El comité dará Seguimiento a los resultados de los planes de mejora propuestos.

IX. Organización y funcionamiento del Equipo técnico, Equipo de servicios y Responsables de IAAS en el ISSS.

Este Equipo se dedica a la vigilancia, prevención y control de las IAAS, los integrantes deben tener conocimientos sobre aspectos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y de vigilancia prevención y control de las IAAS.

Los Equipo técnicos, deberán emitir recomendaciones de manera inmediata, en cuanto a las medidas preventivas y control, en cada caso en particular; incorporando además las resoluciones y recomendaciones generadas por la

Departamento de Vigilancia Sanitaria, Comisión o Comité en caso que esto fuera necesario.

1. Objetivos del Equipo técnico.

➤ **OBJETIVO GENERAL:**

Proporcionar atención segura al paciente a través de la vigilancia, prevención y control de IAAS.

➤ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Estandarizar un sistema de vigilancia que permita la toma de decisiones en la prevención y control de IAAS.
2. Verificar el cumplimiento de las normas y manual de procedimientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria en los centros de atención del ISSS.
3. Garantizar que el personal de salud esté capacitado sobre la vigilancia, prevención y control de IAAS.

2. Integración y funciones del Equipo técnico en hospitales y policlínicos.

2.1 En los centros hospitalarios y policlínicos el Equipo técnico estará integrado por los siguientes profesionales:

- 2.1.1 **Un coordinador** que puede ser un médico de las siguientes especialidades: epidemiólogo, infectólogo, internista, con conocimientos en epidemiología e IAAS quien deberá dedicar al menos 20 horas semanales en los hospitales de 3° nivel y 10 horas en los hospitales de 2° nivel y policlínicos.
- 2.1.2 **Un epidemiólogo.** Que apoya el proceso de vigilancia y análisis epidemiológico de las IAAS.
- 2.1.3 **Profesionales de enfermería:** responsables de vigilancia, prevención y control de IAAS a tiempo completo, que cumpla con el perfil descrito en esta norma y se requiere como mínimo una por cada 250 camas de hospitalización (censables y no censables). La cantidad de recurso de enfermera podrá ajustarse a 1 enfermera por cada 100 camas

dependiendo del tipo de pacientes tratados y su riesgo de adquirir o transmitir IAAS. En caso que el centro no cuente con ese número de camas, la enfermera dispondrá de horas de acuerdo a lo dispuesto por el director del centro de atención.

2.1.4 **Una secretaria.** Con conocimientos de informática. Con tiempo definido por el director del centro de atención

2.2 Funciones generales del Equipo técnico:

2.2.1 Analizar los resultados de la vigilancia de las IAAS para identificar riesgos y establecer las estrategias para la prevención y control de estas.

2.2.2 Definir los componentes de prevención de las IAAS, en los procedimientos y protocolos.

2.2.3 Realizar investigación de brotes.

2.2.4 Instituir medidas de emergencia para el control de las infecciones en todos los casos que sea necesario.

2.2.5 Supervisar y evaluar el cumplimiento de normas y procedimientos para la prevención y control de infecciones.

2.2.6 Analizar y divulgar la información estadística relacionada a la vigilancia epidemiológica local de IAAS.

2.2.7 Plantear propuestas de solución.

2.3 Funciones del coordinador del Equipo técnico en hospitales y policlínicos

2.3.1 Planifica, coordina, implementa y evalúa el plan anual operativo del Equipo técnico (Anexo 4).

2.3.2 Es el vocero oficial de la información del Equipo técnico y Comité.

2.3.3 Coordina con todas las áreas hospitalarias las intervenciones para la vigilancia, prevención y control de las IAAS.

2.3.4 Analiza la incidencia y prevalencia de IAAS y los microorganismos patógenos relacionados a IAAS.

2.3.5 Elabora y presenta reporte mensual (tablas y gráficos de resultados de la vigilancia), informe semestral y anual (Ver anexo 5, e indicadores del manual de procedimientos) que son presentados a nivel local y luego enviados a DVS a través de la dirección local.

2.3.6 Elabora plan de mejora ante el incremento de casos o eventos relacionados a IAAS en coordinación con el epidemiólogo.

- 2.3.7 Da recomendaciones y supervisa las acciones de prevención y manejo de los diferentes eventos de IAAS a nivel local.
- 2.3.8 Coordina con el Equipo técnico de servicio actividades relacionadas a la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS.
- 2.3.9 Propone y coordina estrategias de investigaciones operativas relacionadas a IAAS.
- 2.3.10 Evalúa casos no frecuentes de IAAS e indica lineamientos necesarios para su manejo.
- 2.3.11 Mantiene actualizada y analiza la información sobre los patrones de sensibilidad y resistencia a los antimicrobianos de los microorganismos patógenos relacionados a IAAS.
- 2.3.12 Es responsable de compartir con aquellas jefaturas que no se encuentren representados en el comité situaciones y /o decisiones acordadas en la reunión del comité que les competan.
- 2.3.13 Asistir a reuniones convocadas por la Comisión Institucional de IAAS.

2.4 Funciones del epidemiólogo del Equipo técnico.

- 2.4.1 Verifica la recolección, oportuna notificación y analiza la información de IAAS.
- 2.4.2 Vigilar la calidad y criterio de oportunidad en la introducción de la información en el VIGEPES 07 de su establecimiento.
- 2.4.3 Coordina las acciones a seguir ante una sospecha de brote de IAAS.
- 2.4.4 Elaborará el mapa de riesgo de los factores que puedan incidir en la aparición de IAAS.
- 2.4.5 Asesorar a las Direcciones locales de Salud para fortalecer la capacidad de investigación epidemiológica aplicada desde los servicios de salud como base para la generación de evidencias científica que permitan la implementación de intervenciones costo efectivas.
- 2.4.6 Propone intervenciones preventivas en base a riesgos detectados.

2.5 Funciones del personal de enfermería del Equipo técnico en hospitales y policlínicos.

- 2.5.1 Planificar, coordinar, implementar y evaluar el plan anual operativo del Equipo técnico (Anexo 4).

- 2.5.2 Vigilancia activa en su centro de atención.
- 2.5.3 Promover a nivel de jefaturas la vigilancia activa de las infecciones.
- 2.5.4 Realizar la búsqueda activa y tipificación de IAAS para orientar las medidas de control acordadas con el médico coordinador del Equipo técnico.
- 2.5.5 Presentar y analizar con el coordinador del Equipo técnico los casos atípicos.
- 2.5.6 Supervisar y participar activamente en la recolección, registro, análisis y reporte de la información de la vigilancia de IAAS.
- 2.5.7 Revisar y validar la información recopilada en las distintas áreas del Centro de atención.
- 2.5.8 Supervisar la aplicación de la normativa de vigilancia, prevención, control y seguimiento de IAAS
- 2.5.9 Supervisa el cumplimiento de las intervenciones para vigilancia prevención y control de IAAS con énfasis en los siguientes rubros:
- ✓ Precauciones estándares y medidas de aislamientos.
 - ✓ Métodos de limpieza, desinfección y esterilización de instrumentos y Equipos
 - ✓ Técnicas asépticas en los procedimientos
 - ✓ Medidas preventivas de IAAS endémicas
- 2.5.10 Supervisa y actualiza al personal en cuanto a la correcta aplicación y cumplimiento del manual de procedimientos.
- 2.5.11 Coordinar con el Equipo del servicio actividades relacionadas a la Vigilancia, Prevención y control.
- 2.5.12 Retroalimenta e informa a la jefatura inmediata si detecta incumplimiento o aciertos en la aplicación de los mismos.
- 2.5.13 Verifica la existencia y calidad de insumos para el cumplimiento de las medidas de prevención de IAAS.
- 2.5.14 Supervisa en el personal de salud, el cumplimiento de Higiene de Manos.
- 2.5.15 Supervisa al personal en cuanto a la correcta toma y transporte de muestras para bacteriología.

- 2.5.16 Revisa los resultados positivos de los cultivos para el seguimiento de los casos.
- 2.5.17 Supervisa los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos y materiales de las diferentes áreas del centro de atención, según programación.
- 2.5.18 Supervisar procedimientos de limpieza y desinfección de superficies hospitalarias, según programación.
- 2.5.19 Identifica las necesidades de capacitación del personal de la institución e imparte temas para actualizarlos en cuanto a IAAS.
- 2.5.20 Propone y lleva a cabo investigaciones en casos de brotes.
- 2.5.21 Participa activamente en investigaciones relacionadas a IAAS.
- 2.5.22 Vigila que se cumpla el correcto manejo de los desechos sólidos.

2.6 Responsabilidades de la secretaria del Equipo técnico.

- 2.6.1 Introducir la información al sistema de vigilancia o enviar al responsable que digitará según la complejidad del centro.
- 2.6.2 Resguardar todos los documentos relacionados a las actividades del Equipo técnico.
- 2.6.3 Recibir y enviar información relacionada a IAAS.
- 2.6.4 Elaborar documentos relacionados a IAAS.
- 2.6.5 Solicitar con anticipación la disponibilidad de un espacio físico para la realización de reuniones.
- 2.6.6 Solicitud de materiales e insumos de oficina.
- 2.6.7 Enviar consolidado mensual de IAAS a DVS
- 2.6.8 Llevar control de las actividades del Equipo técnico.
- 2.6.9 Llevar control de las reuniones programadas por Equipo técnico.
- 2.6.10 Programar la agenda de las sesiones.
- 2.6.11 Asistir a las sesiones que se realicen.
- 2.6.12 Tener bajo su responsabilidad y cuidado personal los libros de actas, acuerdos y resoluciones, y los expedientes que sean responsabilidad del Equipo técnico; así como aquellos otros que estos determinen.

2.6.13 Llevar los registros que el Equipo técnico estime necesarios relativos a los casos atendidos.

2.6.14 Y otras actividades que se requieran por el Equipo técnico.

3. Equipos de servicio.

Este Equipo funcionará en hospitales y Policlínicos del ISSS. Los profesionales nombrados realizarán actividades de vigilancia, prevención y control de eventos de IAAS durante su jornada laboral.

3.1 El objetivo:

Mantener una vigilancia permanente en los servicios hospitalarios.

3.2 Conformación.

El Equipo será nombrado por los jefes (médico y enfermera) del servicio, apoyados por el Equipo técnico y este estará conformado por un médico y una o varias enfermeras según complejidad del servicio.

3.3 Perfil del personal.

3.3.1 Personal con las competencias en vigilancia, prevención y control de IAAS

3.3.2 Que posea liderazgo.

3.3.3 Dispuesto a adquirir y compartir conocimientos en temas relacionados a la vigilancia, prevención y control IAAS.

3.3.4 Dispuesto a trabajar en equipo para la resolución de problemas.

3.4 Actividades.

3.4.1 Vigilar el cumplimiento de la norma por parte del resto del personal del área.

3.4.2 Vigilar el cumplimiento del programa multimodal de higiene de manos.

3.4.3 Participar en la elaboración y desarrollo del plan educativo programado e incidental para la vigilancia, prevención y control de IAAS.

3.4.4 Supervisar en el personal las medidas de vigilancia, prevención y control de IAAS.

3.4.5 Coordinar con el Equipo técnico actividades relacionadas a la Vigilancia, Prevención y control.

- 3.4.6 Reportar a las jefaturas y Equipo técnico el incumplimiento de la normativa.
- 3.4.7 Informará al Equipo técnico, cuando detecte casos de IAAS o aumento de casos relacionado a estas.
- 3.4.8 Reportar al Equipo técnico los resultados de resistencia bacteriana y aplicar sistema de aislamiento.
- 3.4.9 Colaborar con la investigación de casos de IAAS.
- 3.4.10 Coordinar la elaboración del plan de mejora con los jefes del servicio y el Equipo técnico.

4. Integración y funciones del Equipo técnico en Unidades Médicas con hospitalización.

4.5 En las unidades médicas con hospitalización el Equipo técnico estará integrado por los siguientes profesionales:

- 4.5.1 **Coordinador:** que puede ser médico de las siguientes especialidades: internista, epidemiólogo médico de familia o médico general, con conocimientos en vigilancia, prevención y control de IAAS y deberá dedicar al menos 5 horas semanales.
- 4.5.2 **Epidemiólogo:** Que apoya el proceso de vigilancia y análisis epidemiológico de las IAAS.
- 4.5.3 **Enfermera:** Con conocimientos en vigilancia, prevención y control de IAAS y deberá dedicar 10 horas semanales.
- 4.5.4 **Las actividades secretariales** deben ser apoyadas por una secretaria asignadas por la dirección.

4.6 Funciones del coordinador.

- 4.6.1 Planificar, coordinar, implementar y evaluar el plan anual operativo del Equipo técnico.
- 4.6.2 Vigilar la calidad y criterio de oportunidad en la introducción de la información en el VIGEPES 07 de su establecimiento.
- 4.6.3 Elaborar reporte mensual e informe anual de IAAS dándolo a conocer a sus autoridades y enviarla a DVS.

- 4.6.4 Dar alertas ante una elevación de casos de IAAS y tomar acciones pertinentes según sea el caso con énfasis ante sospechas de brote.
- 4.6.5 Verifica el cumplimiento de la norma.
- 4.6.6 Dar recomendaciones de prevención y manejo de los diferentes eventos relacionados a IAAS.
- 4.6.7 Evaluar las actividades de vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria del nivel local.
- 4.6.8 Propone y coordina investigaciones operativas relacionadas a IAAS.
- 4.6.9 Asistir a reuniones convocadas por el Comité de la cabeza de red a la cual este adscrito.
- 4.6.10 Solicitar apoyo técnico del comité de la cabeza de red a la cual este adscrito para la resolución de casos que lo ameriten.
- 4.6.11 Elaborar plan de mejora ante el incremento de casos o eventos relacionados a IAAS.

4.7 Funciones del epidemiólogo del Equipo técnico.

- 4.7.1 Verifica la recolección, oportuna notificación y analiza la información de IAAS.
- 4.7.2 Vigilar la calidad y criterio de oportunidad en la introducción de la información en el VIGEPES 07 de su establecimiento.
- 4.7.3 Coordina las acciones a seguir ante una sospecha de brote de IAAS.
- 4.7.4 Elaborará el mapa de riesgo de los factores que puedan incidir en la aparición de IAAS.
- 4.7.5 Asesorar a las Direcciones locales de Salud para fortalecer la capacidad de investigación epidemiológica aplicada desde los servicios de salud como base para la generación de evidencias científica que permitan la implementación de intervenciones costo efectivas.
- 4.7.6 Propone intervenciones preventivas en base a riesgos detectados.

4.8 Funciones de la enfermera.

- 4.8.1** Planificar, coordinar, implementar y evaluar el plan anual operativo del Equipo técnico.
- 4.8.2** Vigilancia activa de IAAS en su centro de atención.
- 4.8.3** Promueve a nivel de jefaturas la vigilancia activa de las infecciones.
- 4.8.4** Presenta y analiza con el coordinador del Equipo técnico los casos atípicos.
- 4.8.5** Revisa y valida la información recopilada en las distintas áreas del Centro de atención.
- 4.8.6** Supervisa la aplicación de la normativa de vigilancia, prevención y control de IAAS.
- 4.8.7** Informa a la jefatura inmediata si detecta incumplimiento o aciertos en la aplicación de los mismos.
- 4.8.8** Verifica la existencia y calidad de insumos para el cumplimiento de las medidas de prevención de IAAS.
- 4.8.9** Participa en la planeación, organización, coordinación, ejecución y evaluación del programa educativo para la vigilancia, prevención y control de IAAS.

X. Responsable de IAAS en las Unidades Médicas sin hospitalización, clínicas comunales y empresariales.

La dirección del centro de atención nombrará un responsable de la vigilancia, prevención y control de IAAS, quien dedicará el tiempo necesario según los casos que se presenten.

➤ Funciones:

- 5.1 Planificar, coordinar, implementar y evaluar el plan anual operativo de vigilancia prevención y control de IAAS.
- 5.2 Vigilancia activa en su centro de atención.
- 5.3 Vigilar la calidad y criterio de oportunidad en la introducción de la información en el VIGEPES 07 de su establecimiento.

- 5.4 El centro que haga diagnóstico de IAAS, será responsable de llenar VIGEPES 07, y notificarlo en el sistema. En caso de que la IAA se haya originado en un centro distinto se llenara VIGEPES 07, se notificará al centro de donde procede el caso y este último será el encargado de ingresar los datos al sistema.
- 5.5 Elaborar reporte mensual e informe anual de IAAS dándolo a conocer a sus autoridades.
- 5.6 Dar alertas ante una elevación de casos de IAAS y tomar acciones pertinentes según sea el caso, con énfasis ante sospechas de brote.
- 5.7 Verifica el cumplimiento de la norma.
- 5.8 Dar recomendaciones de prevención y manejo de los diferentes eventos relacionados a IAAS.
- 5.9 Evaluar las actividades de vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria del nivel local.
- 5.10 Coordina investigaciones operativas relacionadas a IAAS.
- 5.11 Asistir a reuniones convocadas por el Comité de la cabeza de red a la cual este adscrito.
- 5.12 Solicitar apoyo técnico del comité de la cabeza de red a la cual este adscrito para la resolución de casos que lo ameriten.
- 5.13 Elaborar plan de mejora ante el incremento de casos o eventos relacionados a IAAS.
- 5.14 Verifica la existencia y calidad de insumos para el cumplimiento de las medidas de prevención de IAAS.
- 5.15 Participa en la planeación, organización, coordinación, ejecución y evaluación del programa educativo para la vigilancia, prevención y control de IAAS.

XI. Evaluación de resultados.

La evaluación de los resultados de las actividades realizadas por el Comité, Equipos técnicos, Equipos de servicio y Responsable de IAAS deberá ser evaluada técnicamente por la Comisión Institucional de IAAS y administrativamente por el representante de IAAS del Departamento de Vigilancia Sanitaria.



XII. Plan anual de trabajo.

El Plan Anual de Actividades del Comité, Equipo técnico, Equipos de servicio y Responsable de IAAS, será elaborado considerando los objetivos específicos de la presente normativa. Así mismo se tomarán en cuenta la evaluación del plan anual anterior y el perfil epidemiológico de IAAS (Anexo 4).

XIII. Indicadores.

| Indicadores de Comites Administrativos. | | | | | | | |
|--|---|---|----------|-----------------------------------|-----------------------|---|--|
| Nombre del indicador | Definición | Formula | Estandar | Fuente | Periodo de evaluación | Responsable de recolección de datos | Responsable de manejo y reporte de información |
| Número de reuniones | Total de reuniones programadas a realizarse en un periodo. | N. de reuniones realizadas/ N. de reuniones programadas | 80% | Actas de reuniones del Comité | Semestral/anual | Delegado por parte de la Comision de IAAS | Secretario de la Comisión de IAAS |
| Resúmenes ejecutivos de evaluación y monitoreo de los acuerdos tomados en las reuniones del Comité | Total de resúmenes técnicos elaborados sobre evaluación y monitoreo de los acuerdos tomados en las reuniones del Comité | Número de resúmenes ejecutivos realizados sobre evaluación y monitoreo de los acuerdos tomados / N. monitoreos programados. | 100% | Registro de informes de la Comité | Semestral/anual | Delegado por parte de la Comision de IAAS | Secretario de la Comisión de IAAS |

Los equipos técnicos de IAAS serán evaluados de acuerdo a los indicadores establecidos en el documento: **Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención Y Control de IAAS.**



XIV. Bibliografía.

1. Constitución Política de la República de el Salvador.[Internet]25/04/2017.
<http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/constitucion-de-la-republica>
2. Asamblea Legislativa. Código de Salud. [Internet] 25/04/2017.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/codigo_de_salud.pdf
3. Organización Mundial de la salud. Una atención más limpia es una atención más segura [Internet]<http://www.who.int/gpsc/background/es/>).



XV. Vigilancia de la Norma.

La vigilancia de la aplicación de esta norma, corresponde a todas las dependencias de salud del INSTITUTO SALVADOREÑO DE SEGURO SOCIAL en sus respectivos ámbitos de competencias.

XVI. Infracciones y Sanciones.

El incumplimiento del presente documento normativo, en el ámbito de su competencia, será sancionado según normativas vigentes.

XVII. Vigencia.

Esta norma entrará en vigor a partir de la fecha de su aprobación por la dirección General del ISSS y será vigente por un periodo de 5 años.

Se podrá realizar actualización previa a solicitud de la Comisión Institucional de IAAS.



XVIII. Oficialización.



Dr. José Guillermo Vaquerano.
Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.



Dr. David Jonathan Hernández Somoza.
Jefe Depto. Planificación Estratégica en Salud.



Dr. José Adán Martínez.
Jefe del Departamento de Vigilancia Sanitaria.



Dra. Ana Guadalupe Argueta.
Jefa División Políticas y Estrategias de salud.



Dr. Andrés Zimmermann.
Subdirector de salud.

XIX. Glosario.

1. **Comisión Institucional de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS:** Máxima representación del Sistema de Vigilancia Prevención y Control de las IAAS, conformada por disciplinas de distintas áreas y que tienen como función principal vigilar el comportamiento de las IAAS, dar recomendaciones para su contención además de informar a las autoridades institucionales sobre este tema.
2. **Comité de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS:** Es la máxima autoridad a nivel de los centros de atención en torno a IAAS, está conformado por el director del centro, jefes de los distintos servicios medico administrativos y el Equipo técnico. Reciben la información proporcionada por el Equipo técnico la analizan y toman decisiones o las aprueban cuando el caso lo amerita
3. **Equipo técnico de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS:** Está conformado por un médico y una o varias enfermeras dependiendo de la complejidad el centro. Realizan de manera directa la recolección de datos de IAAS y la presentan en las reuniones para facilitar la toma de decisiones.
4. **Equipos de Servicio de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS:** Está conformado por un médico y una enfermera de cada uno de los servicios de atención de pacientes hospitalizados, colaboran con el Equipo técnico en la vigilancia, prevención y control de las IAAS en cada uno de sus servicios.
5. **VIGEPES 07:** Es el formulario de notificación de casos de IAAS, este debe ser llenado de manera física y luego digitado en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS).
6. **CIE 10:** Clasificación internacional de enfermedades determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.



XX. Anexos.

Anexo 1. Estructura Organizativa de los Comités Administrativos, Equipo técnico y Responsables de IAAS.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

| DEPARTAMENTO VIGILANCIA SANITARIA. | Hospitales/Policlínicos | Unidades Médicas con hospitalización | *UM/CC/CE |
|---|---|---|------------------------|
| Comisión institucional. | Comité Administrativo. | Comité Administrativo. | Responsable de IAAS |
| | Equipo técnico. | Equipo técnico. (Vigilancia activa durante su jornada) | |
| | Equipo de Servicio. (Vigilancia activa durante su jornada) | | |

*UM: Unidades Médicas sin hospitalización.

ANEXO 3. Definición de casos de Infección Asociada a la Atención Sanitaria.

I. Infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC).

➤ **Infección intracraneal (IIC) (absceso cerebral, infección subdural o epidural, encefalitis).**

La infección intracraneal debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Microorganismos aislados de cultivos de tejido cerebral o duramadre.
- Presencia de un absceso o signos de infección intracraneal apreciables durante una intervención quirúrgica o un examen histopatológico.
- El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin otra causa identificada: cefalea, mareos, fiebre (con temperatura corporal mayor de 38.5°C), signos neurológicos localizados, cambios en el nivel de conciencia o confusión.

- Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - ✓ Visualización de microorganismos al examen microscópico de tejido cerebral o del absceso obtenido por aspiración con aguja o biopsia durante una intervención quirúrgica o una autopsia.
 - ✓ Evidencia radiológica de infección, como, por ejemplo, resultados fuera de lo normal de ecografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), gammagrafía o arteriografía.
 - ✓ Que el medico hubiere prescrito el tratamiento antibiótico, si se había diagnosticado antes de su muerte.

- El paciente menor de un año presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, hipotermia (temperatura corporal menor de 36.5 grados centígrados), apnea, bradicardia, signos neurológicos localizados o cambios en el nivel de conciencia.
- Y al menos uno de los hallazgos siguientes: Visualización de microorganismos al examen microscópico de tejido cerebral o del absceso obtenido por aspiración con aguja o biopsia durante una intervención quirúrgica o una autopsia.
- Evidencia radiológica de infección, como, por ejemplo, resultados fuera de lo normal de ecografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), gammagrafía o arteriografía.
- Que el medico hubiere prescrito el tratamiento antibiótico, si se había diagnosticado antes de su muerte.
- Si se presentan meningitis y absceso cerebral juntos, debe reportarse como infección intracraneal.

➤ **Meningitis o ventriculitis (MEN).**

- La meningitis o ventriculitis debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:
 - Cultivos positivos de líquido cefalorraquídeo (LCR).



- El paciente presenta al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, cefalea, rigidez de nuca, signos meníngeos, signos en los pares craneales o irritabilidad.
- Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Aumento de los leucocitos, valores de proteínas elevados y disminución de los niveles de glucosa en LCR.
 - Visualización de microorganismos en LCR con tinción de Gram.
 - Hemocultivos positivos.
- En caso de fallecimiento, verificar si previamente a su muerte se indicó el tratamiento antibiótico requerido.
- En el paciente menor de un año se presenta al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, hipotermia, apnea, bradicardia, rigidez de cuello, signos meníngeos, signos en los pares craneales o irritabilidad.
- Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Aumento de los leucocitos, valores de proteínas elevados y disminución de los niveles de glucosa en LCR.
 - Visualización de microorganismos en LCR con tinción de Gram.
 - Microorganismo cultivado en la sangre.
 - Cultivo de LCR positivo o negativo.
- Cuando el diagnóstico fue hecho premortem y el medico indicó un tratamiento antibiótico se reportará como meningitis o ventriculitis.

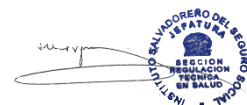
✓ **Instrucciones de reporte.**

Una meningitis en un recién nacido, se considera como IAAS, a no ser que exista una evidencia clara que indique que fue adquirida de forma transplacentaria (antes de veinticuatro horas de vida). Ante la colocación de un dispositivo biomédico, considerar la infección del LCR como meningitis asociada a la intervención quirúrgica si ocurre menos de un año después de la intervención; si se da después considerarla solamente como meningitis.

- ✓ Considerar la meningoencefalitis como meningitis.
- ✓ Considerar los abscesos espinales acompañados con meningitis como meningitis.

➤ **Absceso espinal sin meningitis (AE).**

- ✓ Un absceso espinal en el espacio epidural y subdural sin afectación de LCR ni de estructuras óseas contiguas, debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:
- ✓ Microorganismos aislados del absceso de espacio epidural o subdural.



- ✓ Presencia de un absceso en el espacio espinal epidural o subdural identificado durante una intervención quirúrgica o en la autopsia o signos de un absceso apreciables durante el examen histopatológico.
- ✓ Hallazgo de al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, dolor de espalda, sensibilidad local, radiculitis, paraparésias o parapleja.
- ✓ Y sin causa aparente, al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Hemocultivos positivos.
 - Evidencia radiológica de absceso espinal, por ejemplo: resultados fuera de lo normal de mielografía, ecografía, TAC, RMN u otras gammagrafías (galio o tecnecio, entre otros).
 - Si el diagnóstico fue hecho pre-mortem, se debe verificar si el médico indicó un tratamiento antibiótico.
 -
 - **Infección del espacio discal (DISC).**
 - Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:
 - ✚ Cultivo con microorganismo aislado del espacio intervertebral, obtenido durante una intervención quirúrgica o por aspiración con aguja.
 - ✚ Paciente con evidencia de infección del espacio intervertebral durante una cirugía o examen histopatológico.
 - ✚ Fiebre sin ninguna otra causa que lo explique, y/o dolor en el disco intervertebral afectado, y evidencia radiológica de infección por ejemplo en radiografía, TAC, RMN o gammagrafía.

II. Infecciones oculares.

➤ Conjuntivitis (CONJ).

La conjuntivitis debe de cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✚ Microorganismos patógenos aislados de exudados purulentos, obtenidos de la conjuntiva o tejidos contiguos, párpados, cornea, glándulas de Meibomio o glándulas lagrimales.
- ✚ Dolor o enrojecimiento de la conjuntiva o alrededor del ojo y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - ✓ Presencia de leucocitos y microorganismos en exudados en tinción de Gram.
 - ✓ Exudados purulentos.
 - ✓ Células gigantes multinucleadas detectadas al examen microscópico de exudados.

Nota:

- ✚ Cualquier otra infección ocular se considera infección ocular no conjuntival.
- ✚ No se deben considerar como IAAS, las conjuntivitis químicas.
- ✚ No se deben considerar las conjuntivitis que ocurren como parte de una enfermedad viral diseminada (sarampión o varicela, entre otros).

➤ **Infección del ojo excepto conjuntiva (OJO).**

La infección del ojo que no sea conjuntivitis, debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Microorganismos aislados de la cámara anterior o posterior del humor vítreo del paciente.
- ✓ El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: dolor en el ojo, trastorno visual o hipopión.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos: Diagnóstico médico de infección ocular, microorganismos aislados de cultivo de sangre.

III. Infecciones respiratorias.

➤ **Infecciones respiratorias altas.**

➤ **Oído y mastoides (OÍDO)**

➤ **Otitis externa:**

Para su diagnóstico se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Presencia de al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa que los explique: fiebre, dolor, eritema o supuración del canal auditivo y presencia de microorganismos en la tinción de Gram o aislamiento de un patógeno del drenaje proveniente del conducto auditivo.

➤ **Otitis media.**

Para su diagnóstico se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Presencia de al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, dolor en el tímpano, inflamación, retracción o disminución de la movilidad del tímpano, o líquido detrás del tímpano.
- ✓ Microorganismos aislados de cultivos de líquido del oído medio obtenido por timpanocentesis o en una intervención quirúrgica.

➤ **Otitis interna**

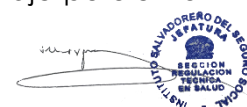
Para su diagnóstico se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Diagnóstico médico de infección del oído interno.
- ✓ Microorganismos aislados del líquido del oído interno obtenido en una intervención quirúrgica.

➤ **Mastoiditis:**

Para su diagnóstico se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Presencia de al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, dolor, sensibilidad, eritema, cefalea o parálisis facial y tinción de Gram, positiva a microorganismos o microorganismos aislados de drenaje purulento del mastoides.



➤ **Sinusitis (SINUS).**

Para su diagnóstico se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Presencia de al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, dolor o sensibilidad en el seno afectado, cefalea, secreción purulenta u obstrucción nasal.
- Microorganismos aislados de materia purulenta de un seno paranasal del paciente.

✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:

- Transiluminación positiva.
- Evidencia radiológica de infección.

➤ **Faringítis, laringítis y epiglotítis (TRS).**

Las infecciones del tracto respiratorio superior (TRS) deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, eritema o dolor de faringe, tos, ronquera o secreción purulenta en la faringe.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos: Presencia de absceso detectado en el examen directo, durante una intervención quirúrgica o durante un examen histopatológico.
- ✓ El paciente menor de un año presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, hipotermia, apnea, bradicardia, rinorrea o secreciones purulentas en la faringe.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos: Microorganismos aislados de cultivo de la zona específica, hemocultivo positivo, diagnóstico médico de infección de las vías respiratorias altas.

➤ **Infecciones respiratorias bajas (IRB).**

Infecciones de la vía aérea baja: bronquitis, traqueobronquítis, bronquiolitis, traqueítis, sin evidencia de neumonía.

- ✓ Las infecciones traqueobronquiales deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:
- ✓ El paciente no presenta ningún signo clínico ni radiológico de neumonía y presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, tos, cambios en el esputo o aumento en cantidad, roncus y sibilancias.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
- Cultivos positivos obtenidos por aspirado traqueal o broncoscopia.

Paciente menor de un año no presenta signos clínicos ni radiológicos de neumonía y el paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, tos, cambios en las secreciones o aumento en cantidad, roncus, sibilancias, disnea, apnea o bradicardia.

Y al menos uno de los siguientes hallazgos:



- Microorganismos aislados de materia obtenida mediante aspirado traqueal profundo o broncoscopia.

➤ **Otras infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI).**

Estas deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Visualización de microorganismos en frotis, cultivos de tejido o líquido pulmonar del paciente, inclusive líquido pleural.
- El paciente presenta un absceso pulmonar o empiema detectado durante una intervención quirúrgica o un examen histopatológico.
- El paciente presenta una cavidad o signo de absceso detectada en el examen radiológico del pulmón.

➤ **Neumonía (PNEU).**

Neumonía determinada por clínica.

La neumonía determinada clínicamente debe reunir los siguientes criterios para cualquier paciente, con al menos uno de los siguientes hallazgos:

- ✓ Fiebre sin otra causa reconocida.
- ✓ Leucopenia (<4000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (12,000 o más Leucocitos/mm³).
- ✓ Para adultos mayores de setenta años de edad, estado mental alterado sin otra causa reconocida.
- Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - ✚ Reinicio de expectoración purulenta, cambios en las características del esputo, incremento de las secreciones respiratorias o incremento en la necesidad de aspiración de secreciones.
 - ✚ Reaparecimiento de tos, empeoramiento de esta, disnea o taquipnea.
 - ✚ Estertores, sibilancias o roncus.
 - ✚ Índice Kirby, cuyo valor es menor de doscientos en caso de pulmón de choque, y menor de trescientos en síndrome de distress respiratorio del adulto, en un aporte de oxígeno arriba del 60% y el paciente satura abajo del 90%.

✚ **Radiológicos:**

Dos o más series de radiografías con al menos uno de los siguientes hallazgos:

- ✓ Infiltrados nuevos o progresivos y persistentes.
- ✓ Consolidación.
- ✓ Cavitación.
- ✓ Neumatoceles, en lactantes menores de un año.

En pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca de base, una sola radiografía es aceptable. En los pacientes con enfermedad cardíaca o pulmonar, el diagnóstico es particularmente difícil, ya que la enfermedad puede producir cambios radiológicos por si misma (ejemplo, edema pulmonar secundario a insuficiencia cardíaca) por lo que es recomendable hacer una revisión de las radiografías el día del diagnóstico, a los tres, cinco y siete días después del diagnóstico, pues los



cambios radiológicos por neumonía persisten por semanas a diferencia de una congestión pulmonar por falla cardiaca.

✚ **Criterios para niños menores de un año de edad.**

- ✓ Empeoramiento en el intercambio de gases (desaturación, incremento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios) y al menos tres de los siguientes:
 - Inestabilidad térmica sin otra causa reconocida.
 - Leucopenia (< 4000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (15,000 o más leucocitos/mm³) y desviación a la izquierda (10% o más de neutrófilos en banda).
 - Cambios en las características e incremento de las secreciones respiratorias o en la frecuencia de necesidad de aspiración.
 - Apnea, taquipnea, aleteo nasal con tirajes intercostales o quejido.
 - Sibilancias, estertores o roncus.
 - Tos.
 - Bradicardia (menos de cien latidos por minuto) o taquicardia (más de ciento setenta latidos por minuto).

✚ **Criterios para niños de un año hasta menores de doce años, al menos tres de los siguientes hallazgos:**

- Fiebre o hipotermia (con temperatura menor a 36.5°C) sin otra causa reconocida.
- Leucopenia (<4000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (15,000 o más leucocitos/mm³) y desviación a la izquierda (10% o más de neutrófilos en bandas).
- Cambios en las características e incremento de las secreciones respiratorias o en el requerimiento de aspiración.
- Nuevo apareamiento de tos, empeoramiento de ésta, disnea, o taquipnea.
- Sibilancias, estertores o roncus.
- Empeoramiento en el intercambio gaseoso (desaturación de oxígeno, con valor en la oximetría de pulso menor de 94%, incremento en los requerimientos de oxígeno o de los parámetros ventilatorios).

➤ **Neumonía por bacterias comunes u hongos con hallazgos específicos de laboratorio.**

La neumonía determinada clínicamente debe reunir los siguientes criterios, al menos uno de los hallazgos descritos en neumonía determinada por clínica.

- ✓ Criterio radiológico: dos o más radiografías con al menos uno de los hallazgos radiológicos descritos en la neumonía determinada por clínica.
- ✓ Criterio de laboratorio, al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Hemocultivo positivo no relacionado con otra fuente de infección.
 - Cultivo positivo en líquido pleural.



- Cultivo cuantitativo positivo de una muestra de las vías respiratorias inferior mínimamente contaminada (ejemplo, lavado broncoalveolar o muestra por cepillado).
 - Un total de 5% o más de células que contienen bacterias intracelulares en el lavado broncoalveolar o en el examen microscópico (como en el caso de coloración de Gram).
 - Examen histopatológico que muestra al menos uno de los siguientes hallazgos de neumonía:
 - ✚ Absceso en formación o foco de consolidación con intensa acumulación de polimorfonucleares en bronquiolos y alveolos.
 - ✚ Cultivo cuantitativo positivo de parénquima pulmonar.
 - ✚ Evidencia de invasión del parénquima pulmonar por hongos, hifas o pseudohifas.
- **Neumonía por virus, Legionella, Chlamidia, Mycoplasma y otros patógenos poco comunes con hallazgos específicos de laboratorio.**

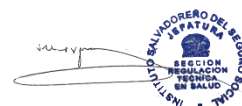
La neumonía determinada clínicamente debe reunir los siguientes criterios:

- ✓ Al menos uno de los hallazgos descritos en neumonía determinada por clínica.
- ✓ Criterios radiológicos:
 - ✚ Dos o más series de radiografías con al menos uno de los hallazgos radiológicos descritos en la neumonía determinada por clínica.
- ✓ Criterio de laboratorio: Al menos uno de los siguientes:
 - ✚ Cultivo de secreciones respiratorias positivo a virus o Chlamydia.
 - ✚ Detección positiva de antígenos virales o anticuerpos de secreciones respiratorias (inmunofluorescencia o ELISA, reacción en cadena de la polimerasa, entre otros).
 - ✚ Aumento al cuadruplo (IgG) en muestras pareadas para un patógeno específico (Virus de la influenza, Chlamydia, entre otros).
 - ✚ Reacción en cadena de la polimerasa positiva para Chlamydia o Mycoplasma.
 - ✚ Test micro-inmunofluorescencia para Chlamydia positivo.
 - ✚ Cultivo positivo o visualización por micro-inmunofluorescencia a Legionella spp, de secreciones o tejido respiratorio.
 - ✚ Detección de antígenos Legionella pneumophila serogrupo I en orina por radioinmunoensayo o enzima inmunoensayo.
 - ✚ Incremento en el cuadruple de los títulos de anticuerpos contra L. pneumophila serogrupo I de 1:128 o mayores en la etapa aguda y en convalecencia mediante inmunofluorescencia.

➤ **Neumonía en el paciente inmunocomprometido.**

La neumonía determinada clínicamente debe reunir los siguientes criterios.

- Al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - ✓ Fiebre sin otra causa reconocida.
 - ✓ Para adultos mayores de setenta años de edad, estado mental alterado sin otra causa reconocida.



- ✓ Nuevo aparecimiento de esputo purulento o cambios en las características del esputo o incremento de las secreciones respiratorias o incremento en la necesidad de aspiración de secreciones.
- ✓ Nuevo aparecimiento o empeoramiento de tos, disnea, o taquipnea.
- ✓ Estertores o sonidos bronquiales.
- ✓ Índice Kirby, cuyo valor es < 200 en caso de pulmón de choque, y < 300 en síndrome de distres respiratorio del adulto, en un aporte de O₂ arriba del 60% y el paciente con saturación de oxígenos inferior al 90%.
- ✓ Hemoptisis.
- ✓ Dolor pleurítico.

✚ Criterio radiológico.

- ✓ Dos o más series de radiografías con al menos uno de los hallazgos radiológicos descritos en neumonía determinada por clínica.

✚ Criterio de laboratorio.

- ✓ Al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Cultivo de sangre y de esputo positivo a *Candida* spp.
 - Evidencia de infección por hongos o *Pneumocystis jiroveci* de una muestra mínimamente contaminada del tracto respiratorio inferior (lavado broncoalveolar o muestra por cepillado, entre otros).
 - Examen microscópico directo.
 - Cultivo positivo a hongos.
 - Cualquier criterio de laboratorio definido anteriormente para neumonía por virus, *Legionella*, *Chlamydia*, *Mycoplasma* y patógenos poco comunes.

Esputo purulento es definido como: secreción de pulmones, bronquios o tráquea que contiene veinticinco o más neutrófilos y diez o más células epiteliales escamosas por campo de baja intensidad (x100).

Cambios en las características de esputo se refiere a color, consistencia, olor y cantidad.

✚ Taquipnea será definida de la siguiente manera:

- En adultos: 25 respiraciones por minuto.
- En recién nacidos prematuros; de 37 hasta 40 semanas, 75 respiraciones por minuto.
- En menores de 2 meses, 50 respiraciones por minuto.
- En niños 2 a 12 meses, más de 50 respiraciones por minuto.
- En el paciente menor de 1 año, más de 30 respiraciones por minuto.

Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV).

CRITERIOS PARA NAVM

- Infiltrados nuevos o progresivos y persistentes.
- Fiebre sin otra causa reconocida.
- Leucopenia (< 4000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (12,000 o más Leucocitos/mm³).
- Secreciones traqueobronquiales purulentas.



- Adicionalmente se puede encontrar incremento en la frecuencia respiratoria, aumento de la ventilación minuto, disminución del volumen corriente, disminución de la oxigenación, o mayor necesidad de oxígeno suplementario incremento en las necesidades de apoyo e la ventilación.

➤ **Mediastinitis (MED).**

El diagnóstico de mediastinitis debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Microorganismos aislados de cultivo de líquido o tejido del mediastino obtenido durante una intervención quirúrgica o mediante aspiración con aguja.
- ✓ El paciente presenta evidencia de mediastinitis apreciable durante una intervención quirúrgica o examen histopatológico.
- ✓ El paciente presenta al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, dolor torácico o inestabilidad esternal.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Secreción purulenta de la zona del mediastino.
 - Microorganismos aislados de cultivos de sangre o de cultivos de la secreción de la zona del mediastino.
 - Ensanchamiento del mediastino al examen radiológico.
- ✓ Paciente menor de un año presenta al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, hipotermia, apnea, bradicardia o inestabilidad esternal.
- ✓ Y al menos uno de los hallazgos anteriormente mencionados.

IV. Infecciones del corazón.

➤ **Endocarditis (ENDO).**

La endocarditis de una válvula cardíaca natural o protésica, debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Microorganismos aislados de cultivos de la válvula o la vegetación.
- ✓ El paciente presenta al menos dos o más de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, soplo nuevo o diferente, fenómenos embólicos, manifestaciones cutáneas (es decir, petequias, hemorragia subungueales en astilla, nódulos subcutáneos dolorosos), insuficiencia cardíaca congestiva o trastornos de la conducción cardíaca.

✚ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:

- ✓ Microorganismos aislados de dos o más cultivos.
- ✓ Visualización de microorganismos con tinción de Gram, cuando el cultivo de la válvula es negativo o no se realizó.
- ✓ Visualización de vegetación valvular durante una intervención quirúrgica o durante la autopsia.
- ✓ Prueba positiva de antígenos en sangre u orina (H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningitidis o Estreptococos del grupo B, entre otros).
- ✓ Evidencia de nueva vegetación mediante ecocardiografía.



Y si el diagnóstico fue hecho premortem, verificar si el medico indico el tratamiento antibiótico requerido.

- ✚ En los pacientes menores de un año de edad que presentan dos o más de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, hipotermia, apnea, bradicardia, letargo o nuevo soplo, fenómenos embólicos, manifestaciones cutáneas (petequias, hemorragia en astilla, nódulos subcutáneos dolorosos), insuficiencia cardiaca congestiva o trastornos de la conducción cardiaca.
- ✚ Y si el diagnóstico fue hecho premortem, verificar si el medico indico el tratamiento antibiótico requerido.

➤ **Miocarditis o pericarditis (CARD).**

La miocarditis o pericarditis debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Microorganismos aislados de cultivos de tejido pericárdico obtenidos mediante aspiración con aguja o durante una intervención quirúrgica.
- ✓ El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, dolor torácico, pulso paradójico o aumento del tamaño de la silueta cardiaca.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Alteraciones en el electrocardiograma (EKG) compatibles con miocarditis o pericarditis.
 - Evidencia de miocarditis o pericarditis mediante examen histológico de tejido cardiaco.
 - Derrame pericárdico diagnosticado por ecocardiografía, TAC, RMN o angiografía.
- ✓ Paciente menor de un año que presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, hipotermia, apnea, bradicardia, pulso paradójico o aumento del tamaño de la silueta cardiaca.
- ✓ Y al menos uno de los hallazgos anteriormente descritos.

V. Infecciones del sistema cardiovascular (ICV).

➤ **Flebitis o arteritis (FLEB).**

La infección venosa o arterial debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ En el cultivo de una biopsia arterial o venosa obtenida durante intervención quirúrgica, se ha aislado un microorganismo y los hemocultivos han sido negativos, o no se han realizado.
- ✓ Durante una cirugía o en el estudio anatomopatológico se han observado signos de infección arterial o venosa.
- ✓ El paciente tiene al menos uno de los siguientes síntomas o signos sin ninguna otra causa que los explique: fiebre, dolor, eritema o calor en la zona vascular afectada y se aíslan en punta de catéter intravascular con quince colonias o más en cultivo semicuantitativo y los hemocultivos han sido negativos o no realizado.



- ✓ Supuración de la zona vascular afectada, y los hemocultivos han sido negativos o no se han realizado.
- Una infección de un injerto arteriovenoso, colocación de dispositivo biomédico, fistula o sitio de canulación intravascular con hemocultivos negativos se considera ICV-VASC.
- Las infecciones intravasculares con hemocultivos positivos se consideran ICV-CL.

Criterios de definición de bacteriemia*

Una bacteriemia confirmada por laboratorio debe reunir al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1:

- a) En uno o más hemocultivos del paciente se aisló un agente patógeno, excepto para microorganismos contaminantes comunes de la piel (véase el criterio 2, más adelante), y
- b) El microorganismo cultivado de la sangre no guarda relación con infecciones de otro(s) sitio(s).

Criterio 2:

- a) Datos clínicos: al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida:
 - fiebre (> 38 °C)
 - escalofríos
 - hipotensión, y
- b) Resultados de laboratorio positivos que no se relacionan con infección en otra localización.

VI. Infecciones del tracto gastrointestinal (ITG).

➤ **Cavidad oral (BOCA).**

Boca, lengua o encías.

La infección de la cavidad oral debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Cultivo positivo de microorganismos de material purulento procedente de tejidos bucales.
- ✓ Absceso u otro signo claro de infección de la cavidad oral en la exploración clínica, una intervención quirúrgica, o un estudio anatomopatológico.
- ✓ Presencia de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: absceso, ulcera, mucosa inflamada o placas, sin otra causa que explique.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes:
 - En la tinción de Gram se han observado microorganismos.



- Resultado positivo de la tinción con hidróxido de potasio (KOH).
- Presencia de células gigantes multinucleadas en examen microscópico del frotis bucal.
- Diagnóstico médico de la infección y tratamiento con terapia antifúngica tópica u oral.
- ✓ Instrucciones de reporte.
- Reportar las primoinfecciones asociadas al cuidado de la salud por virus herpes simple como oral. Las infecciones recurrentes no son IAAS.

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

Las infecciones del tubo digestivo, excepto la gastroenteritis y apendicitis, deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ El paciente tiene un absceso u otro signo de infección detectado durante una intervención quirúrgica o un examen histopatológico.
- ✓ El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes sin ninguna otra causa identificada, compatibles con la infección del órgano o tejido afectado: fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal o sensibilidad localizada.
 - ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Microorganismos aislados de drenaje o tejido obtenido durante una intervención quirúrgica, endoscopia o de un tubo de drenaje colocado quirúrgicamente.
 - Visualización de microorganismos con tinción de Gram, KOH o visualización de células gigantes multinucleadas en drenaje o tejido obtenido mediante intervención quirúrgica, endoscopia o de un tubo de drenaje colocado quirúrgicamente.
 - Microorganismos aislados de cultivo de sangre.
 - Evidencia radiológica de signos anatomopatológico.
 - Evidencia de signos anatomopatológicos por endoscopia (ejemplo, esofagitis o proctitis por Cándida).

VII. Infección intrabdominal (IAB) no específica: incluye vesícula biliar, vías biliares, hígado (excepto hepatitis vírica), bazo, páncreas, peritoneo, espacio subfrénico o subdiafragmático u otro tejido o zona intrabdominal que no se especifique en otra parte.

En las infecciones intraabdominales deben cumplirse al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Microorganismos aislados de cultivos de material purulento del espacio intraabdominal del paciente obtenido durante una intervención quirúrgica o aspiración con aguja.
- ✓ El paciente presenta un absceso u otro signo de infección intraabdominal detectado durante una intervención quirúrgica o un examen histopatológico.
- ✓ El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal o ictericia.

Y al menos uno de los siguientes hallazgos:



- ✓ Microorganismos aislados del material drenado, por un tubo de drenaje colocado quirúrgicamente (ejemplo, sistema de drenaje al vacío, drenaje abierto, drenaje de tubo-T).
- ✓ Visualización de microorganismos con tinción de Gram en drenaje o tejido obtenido durante intervención quirúrgica o aspiración con aguja.
- ✓ Microorganismos aislados en cultivos de sangre y evidencia radiológica de infección, por ejemplo, resultados fuera de lo normal de ecografía, TAC, RMN o gammagrafía (ejemplo, galio, tecnecio) o en radiografía de abdomen.
- ✓ No debe considerarse pancreatitis como síndrome inflamatorio caracterizado por dolor abdominal, náuseas, vómitos y aumento de los niveles plasmáticos de enzimas pancreáticas, a no ser que se determine un origen infeccioso como causa de la misma.

➤ **Enterocolitis necrosante (ENC).**

La enterocolitis necrosante en los menores de un año, exceptuando los neonatos, debe cumplir los siguientes criterios:

- Lactante que presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: vómitos, distensión abdominal, aspirado biliar y presencia de sangre en heces (microscópica o franca) en ausencia de fisuras anales y al menos uno de los siguientes hallazgos en la radiografía de abdomen:
 - Neumoperitoneo.
 - Gas en la vena porta.
 - Neumatosis intestinal.
- Gastroenteritis (GI).
- Para gastroenteritis se debe de cumplir al menos uno de los siguientes criterios:
 - El paciente tiene un episodio de diarrea aguda (heces líquidas durante más de doce horas) con o sin vómitos o fiebre y no hay una causa no infecciosa probable (ejemplo, pruebas diagnósticas, régimen terapéutico u otros agentes antimicrobianos, exacerbación aguda de una afección crónica o estrés psicológico).
 - El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre o cefalea.
 - Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Coprocultivo o hisopado rectal positivos.
 - Microorganismo patógeno entérico detectado por microscopia.

➤ **Hepatitis (HEP)**

Para hepatitis se debe cumplir el siguiente criterio:

- ✓ El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, ictericia o antecedentes de transfusión en los últimos tres meses.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Prueba positiva de antígenos o anticuerpos para hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C.
 - Resultados fuera de lo normal de pruebas funcionales hepáticas (elevación de transaminasas, bilirrubina, entre otros).

- Detección de citomegalovirus en orina.

VIII. Infecciones del tracto urinario.

- Infección sintomática del tracto urinario (ISTU).

Para infección sintomática de las vías urinarias se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ El paciente presenta al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada:

- Fiebre.
- Tenesmo vesical (necesidad imperiosa de orinar).
- Polaquiuria.
- Disuria (dificultad para orinar).
- Dolor suprapúbico a la palpación.
- Urocultivo positivo: ciento cinco microorganismos o más por centímetro cúbico u orina con no más de dos especies o microorganismos.

- ✓ El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada:

- Fiebre.
- Tenesmo vesical (necesidad imperiosa de orinar).
- Polaquiuria.
- Disuria (dificultad para orinar) o dolor suprapúbico a la palpación.

- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:

- Tira reactiva positiva en la prueba de esterasa leucocitaria o nitratos.
- Piuria: muestra de orina con cien mil o más colonias por mililitro con no más de dos especies de microorganismos.
- Visualización de microorganismos con tinción de Gram en orina sin centrifugar.
- Al menos dos urocultivos con ciento dos o más colonias por mililitro del mismo uropatógeno (bacteria Gram negativas o *S. saprophyticus*); ciento cinco o más colonias por mililitro de un solo uropatógeno o bacteria Gram negativas o *S. saprophyticus* en paciente tratado con un antibiótico eficaz para infección de las vías urinarias.
- Diagnóstico médico de infección urinaria.
- Prescripción médica de tratamiento para infección de las vías urinarias.

El paciente menor de un año presenta al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada:

- ✓ Fiebre, hipotermia, apnea, bradicardia, disuria, letargo o vómitos, y el paciente tiene un urocultivo positivo, es decir, ciento cinco o más microorganismos por centímetro cúbico de orina con no más de dos especies de microorganismos.

- ✓ Paciente menor de un año que presenta uno de los signos o síntomas siguientes sin otra causa identificada:

- fiebre, hipotermia, apnea, bradicardia, disuria, letargo o vómitos y al menos uno de los siguientes:
- Tira reactiva positiva a esterasa leucocitaria o nitritos positivos.



- Piuria: muestra de orina con diez o más leucocitos/mm³ o más de tres leucocitos/ml con campo de gran aumento.
 - Visualización de microorganismo con la tinción de Gram o en orina sin centrifugar.
 - Al menos dos urocultivos con ciento dos o más colonias/ml del mismo uropatógeno (bacterias gramnegativas o *S. saprofiticus*) en muestras válidas.
 - Es 10³ de un solo uropatógeno (bacterias gram negativas o *S saprofiticus*), en paciente tratado con un antibiótico eficaz para la infección de vías urinarias.
 - Diagnóstico médico de infección urinaria.
 - El medico receta el tratamiento adecuado para la infección de vías urinarias.
- Bacteriuria asintomática (BAS).
 - ✓ La bacteriuria asintomática debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:
 - Paciente con sonda urinaria permanente durante siete días antes del cultivo y paciente con un urocultivo positivo, es decir, ciento cinco o más microorganismos por cm³ de orina con no más de dos especies de microorganismos y paciente sin fiebre, tenesmo vesical, Polaquiuria, disuria ni dolor suprapúbico a la palpación.
 - Paciente sin sonda urinaria permanente durante siete días antes del primer cultivo positivo y paciente con al menos dos urocultivos positivos es decir ciento cinco o más microorganismos por cm³ de orina de los mismos microorganismos y no más de dos especies de microorganismos y paciente sin fiebre, tenesmo vesical, Polaquiuria, disuria ni dolor suprapúbico a la palpación.
 - El cultivo positivo de punta de catéter urinario, no es una prueba de laboratorio adecuado para el diagnóstico de infección de vías urinarias, por lo tanto, no se debe tomar.
 - El cultivo de orina debe ser obtenido mediante la técnica establecida, como la recolección de muestra limpia o por un cateterismo.
 - En los lactantes, un cultivo de orina debe ser obtenido por sondaje vesical o aspiración suprapúbico; un urocultivo positivo en una muestra obtenida de bolsa colectora no es confiable y debe ser confirmado por una muestra aséptica obtenida por cateterismo o aspiración supra púlica.

- Otras infecciones del tracto urinario (ITU)

(Riñón, uréter, vejiga, uretra o tejidos que rodean los espacios retroperitoneal o perirrenal).

Estas deben de cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Microorganismos aislados del cultivo de líquidos (excepto orina) o tejidos de la zona afectada del paciente.
- ✓ El paciente presenta un absceso u otro indicio de infección apreciable al examen directo, durante una intervención quirúrgica o un examen histopatológico.
- ✓ El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, dolor localizado o sensibilidad localizada en la zona afectada.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:

- Drenaje purulento de la zona afectada.



- Microorganismos aislados del cultivo de sangre compatibles con el supuesto sitio de infección.
- Evidencia radiológica de infección, como por ejemplo, ecografía, TAC, RMN, o gammagrafía (con galio, tecnecio) fuera de lo normal.
- Diagnóstico médico de infección renal, de uréter, vejiga, uretra o de tejidos que rodean los espacios retroperitoneal o perirrenal.
- El médico ha recetado un tratamiento adecuado para una infección renal, de uréter, vejiga, uretra o de tejidos que rodean los espacios retroperitoneal o perirrenal.

Paciente menor de un año presenta al menos uno de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, hipotermia, apnea, bradicardia, letargo o vómitos y al menos uno de los siguientes:

- Drenaje purulento de la zona afectada.
- Microorganismos aislados del cultivo de sangre compatibles con el supuesto sitio de infección.
- Evidencia radiológica de infección, como por ejemplo, ecografía, TAC, RMN, o gammagrafía (con galio, tecnecio) fuera de lo normal.
- Diagnóstico médico de infección renal, de uréter, vejiga, uretra o de tejidos que rodean los espacios retroperitoneal o perirrenal.
- El médico ha recetado un tratamiento adecuado para una infección renal, de uréter, vejiga, uretra o de tejidos que rodean los espacios retroperitoneal o perirrenal.

- **Infecciones del aparato reproductor (IAR) endometritis (EMET).**

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- En el cultivo del exudado o de una muestra de tejido obtenida durante una intervención quirúrgica, por aspiración con aguja o biopsia por raspado, se ha aislado un microorganismo.
- Al menos dos de los siguientes síntomas o signos sin ninguna otra causa que los explique:
 - fiebre, dolor abdominal, tensión uterina, drenaje purulento del útero.

✓ Instrucciones de reporte

Considerar la endometritis post parto como infección asociada la atención sanitaria, a menos que el líquido amniótico, este infectado en el momento del ingreso, o que la paciente ingrese cuarenta y ocho horas después de la ruptura de membranas.

➤ **Infección de la episiotomía (EPIS)**

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Drenaje purulento de la episiotomía
- Absceso de la episiotomía
- No se considera como infección de la herida quirúrgica, se reportará como
- infección de tejidos blandos.

➤ **Infección del fondo del saco vaginal (IFSV)**

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:



- Drenaje purulento del fondo de saco vaginal tras una histerectomía.
- Absceso en el fondo de saco vaginal tras una histerectomía.
- En el cultivo del exudado o de tejido del fondo de saco vaginal se ha aislado un patógeno tras una histerectomía.

✓ Instrucciones de reporte

Debe reportar la infección del fondo del saco vaginal como post-quirúrgica.

➤ **Otras infecciones del aparato genital masculino o femenino epidídimo, testículos, próstata, vagina, ovarios, útero o cualquier otro tejido profundo de la pelvis, a excepción de la endometritis o de la infección del saco vaginal (OREP).**

Deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- En el cultivo del exudado o del tejido del sitio afectado se ha aislado un microorganismo.
- En una intervención quirúrgica o en un estudio anatomopatológico se ha observado un absceso u otra evidencia de infección.
- El paciente tiene al menos dos de los siguientes síntomas o signos sin otra causa que los explique (Fiebre, náuseas o vómitos, dolor o hipersensibilidad local, disuria).

✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:

- Aislamiento de un microorganismo en el hemocultivo.
- Existe un diagnóstico médico.

✓ Instrucciones de reporte.

- Informe endometritis como EMET.
- Informe las infecciones del saco vaginal como IFSV.

➤ **Infecciones de piel o de tejidos blandos (ITB)**

Las infecciones de la piel o de partes blandas incluyen las infecciones de piel (exceptuando la infección superficial de la herida quirúrgica), de partes blandas, de ulcera de decúbito o quemadura, los abscesos de mama o mastitis, las onfalitis, las pustulosis infantil y las infecciones en la herida de la circuncisión del recién nacido.

✓ Infección de piel

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- El paciente tiene supuración, pústulas, vesículas o forúnculos.
- El paciente tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa que lo explique:
 - Dolor espontáneo o a la palpación.
 - Tumefacción localizada.
 - Eritema.
 - Calor.

✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:

- En el cultivo de un aspirado o de un drenaje de la zona afectada se ha aislado un microorganismo, si forma parte de la flora normal de la piel, el cultivo debe ser puro y de un único microorganismo.



- Resultado positivo de una prueba para la detección de antígenos en el tejido afectado o en sangre.
- En el estudio microscópico del tejido afectado se han observado células gigantes multinucleadas.
- Un único título de anticuerpos específicos es diagnóstico (IgM), o un aumento de cuatro veces el valor inicial en sueros sucesivos para el patógeno (IgG).

➤ **Infecciones de tejidos blandos (ITB).**

Infecciones de parte blandas (fascitis necrotizante, gangrena infecciosa, celulitis necrotizante, miositis infecciosa, linfadenitis o linfangitis), deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- En el cultivo de un tejido o drenaje de la zona afectada se ha aislado un microorganismo.
- Supuración en la zona afectada.
- En una intervención quirúrgica o estudio anatomopatológico se ha observado un absceso u otro signo de infección.
- El paciente tiene al menos dos de los siguientes síntomas o signos en la zona afectada: dolor espontáneo a la palpación, tumefacción, eritema o calor y al menos uno de los siguientes:
 - ✓ En un hemocultivo se ha aislado un microorganismo.
 - ✓ Resultado positivo de la prueba para la detección de antígenos en sangre u orina, por ejemplo, H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningitidis, Streptococcus del grupo B, Candida spp.
 - ✓ Un único título de anticuerpos IgM específicos es diagnóstico. Un aumento de cuatro veces el valor inicial en sueros sucesivos para el patógeno IgG.

➤ **Infecciones de úlcera por decúbito (DECU)**

Puede ser superficial o profunda, deben presentarse dos de los siguientes síntomas o signos sin otra causa que los explique:

- ✓ Eritema.
- ✓ Tensión o tumefacción de los bordes de la herida.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes:
 - En el cultivo de un aspirado o de una biopsia tomada de manera apropiada, se ha aislado un microorganismo.
 - En un hemocultivo se ha aislado un microorganismo.
 - El aislamiento de microorganismos en la superficie de la úlcera no es evidencia suficiente de infección.
 - Una muestra correcta se debe recoger por aspiración o biopsia de los márgenes de la úlcera.
 - La presencia únicamente de drenaje purulento, no es diagnóstico de infección.

➤ **Quemadura infectada (QI)**

Los diagnósticos de infecciones de quemaduras deben cumplir uno de los siguientes criterios:

- El paciente presenta un cambio en el aspecto o las características de la quemadura, tal como la rápida separación de la costra, coloración marrón oscuro, negra o violácea de la costra, o edema en el borde de la herida y el

examen histológico de la biopsia de la quemadura, muestra invasión de microorganismos en el tejido viable circundante.

- El paciente presenta un cambio en el aspecto o las características de la herida de la quemadura, como la rápida separación de la costra, coloración de la costra marrón oscuro, negra o violácea, o edema en el borde de la herida.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Microorganismos aislados del cultivo de sangre en ausencia de otra infección identificable.
 - Aislamiento de virus herpes simple, identificación histológica de inclusiones mediante microscopía óptica o electrónica o visualización de partículas virales por microscopía electrónica en biopsias o raspados de la lesión.
 - El paciente con una quemadura presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre o hipotermia, hipotensión, oliguria (menos de veinte ml/hora), hiperglucemia al nivel previamente tolerado de carbohidratos en la dieta o confusión mental.
- ✓ Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - El examen histológico de la biopsia de la quemadura muestra invasión de microorganismos en el tejido viable circundante.
 - Microorganismos aislados del cultivo de sangre.
 - Aislamiento de virus herpes simple, identificación histológica de inclusiones mediante microscopía óptica o electrónica o visualización de partículas virales mediante microscopía electrónica en biopsias o raspados de la lesión.
 - La secreción purulenta sola en el sitio de la quemadura no es adecuada para el diagnóstico de infección, ya que puede ser reflejo también de que no esté completamente curada.
 - La fiebre por sí misma no es indicación de infección en pacientes con quemaduras, pues puede ser resultado del trauma tisular o que el paciente tenga una infección en otro sitio.

➤ **Mastitis o absceso de mama (MAMA)**

Un absceso de mama o mastitis debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

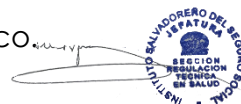
- Cultivo positivo del líquido o tejido de mama afectado de la paciente, obtenido mediante incisión y drenaje o aspiración con aguja.
- La paciente tiene un absceso de mama u otro signo de infección detectado durante una intervención quirúrgica o un examen histopatológico.
- La paciente tiene fiebre e inflamación local de la mama y diagnóstico médico de absceso de mama.

Los abscesos de mama ocurren con frecuencia posteriores al parto. Aquellos que ocurren en los siete días posteriores al parto pueden ser considerados asociados a los cuidados de la salud.

➤ **Pustulosis Infantil (PUST)**

El lactante menor de doce meses de edad debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- El lactante tiene una o más pústulas y existe un diagnóstico médico



- El lactante tiene una o más pústulas y el médico ha prescrito el tratamiento con antibiótico adecuado.
- No debe incluirse eritema tóxico ni pustulosis por causas no infecciosas. Si se presenta en los siete días posteriores al alta considerar una infección.

➤ **Infección de la herida de la circuncisión en recién nacido (CIRC).**

En el recién nacido, se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- La herida de la circuncisión supura.
- Recién nacido con al menos uno de los siguientes síntomas o signos sin otra causa que los explique:
 - ✓ Eritema localizado.
 - ✓ Tumefacción localizada.
 - ✓ Dolor al palpar la herida de la circuncisión
- Y en el cultivo de la herida se ha aislado un patógeno.
- Recién nacido con al menos uno de los siguientes síntomas o signos sin otra causa que lo explique:
 - ✓ Eritema localizado.
 - ✓ Tumefacción localizada.
 - ✓ Hipersensibilidad de la herida de la circuncisión.
 - ✓ Y en el cultivo de la herida se ha aislado un contaminante de la piel (*Staphylococcus coagulasa negativa*, *diphtheroides*, *Bacillus sp.* *Micrococcus*) y el médico ha prescrito el tratamiento antibiótico adecuado. No es una infección de la incisión quirúrgica.

➤ **Infecciones de Articulación y Hueso Articulación o bursa (BURSA).**

- ✓ Las infecciones de la articulación o bursa, deben cumplir al menos uno de los criterios siguientes:
 - Microorganismos aislados de cultivo de líquido sinovial o biopsia sinovial del paciente.
 - El paciente presenta signos de infección de articulación o bursa, apreciables durante una intervención quirúrgica o un examen histopatológico.
 - El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: artralgia, edema, sensibilidad, calor, signos de derrame articular o limitación al movimiento.
 - Y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - ✓ Microorganismos y leucocitos visualizados con tinción de Gram en líquido sinovial.
 - ✓ Estudio citoquímico compatible con exudado.
 - ✓ Evidencia radiológica de infección, como, por ejemplo, resultados fuera de lo normal de radiografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, gammagrafía (con galio y tecnecio).

➤ **Osteomielitis (HUESO)**

La osteomielitis deberá reunir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✓ Microorganismos aislados del hueso del paciente.
- ✓ El paciente presenta signos de osteomielitis apreciables al examen directo del hueso, durante una intervención quirúrgica o examen histopatológico.

- ✓ El paciente presenta al menos dos de los signos o síntomas siguientes, sin ninguna otra causa identificada: fiebre, edema localizado, sensibilidad, calor o drenaje en el supuesto sitio de infección ósea, y al menos uno de los siguientes:
 1. Microorganismo aislado en sangre.
 2. Evidencia radiológica de infección, como, por ejemplo, hallazgos anormales en la radiografía, TAC, RMN, gammagrafía (con galio y tecnecio).

➤ **Infecciones articulares periprotésicas (cadera y rodilla).**

Infecciones de la articulación o bursa debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Dos cultivos positivos con aislamiento del mismo microorganismo, provenientes de tejido o fluidos adyacentes al sitio de colocación de la prótesis.
- Fístulas en articulación.
- Presencia de tres de los siguientes criterios menores:
 1. Proteína C reactiva y velocidad de eritrosedimentación elevados
 2. Líquido sinovial con leucocitos con 10,000 cel/uL o más.
 3. Líquido sinovial con más del 90% de polimorfonucleares.
 4. Más de cinco polimorfonucleares por campo de alto poder en estudio histopatológico.
 5. Un cultivo positivo de tejido o líquido periprotésico.

➤ **Infecciones de la sangre.**

- La infección de torrente sanguíneo (ITS) se clasifica según los criterios clínicos y de laboratorio como bacteriemia confirmada por laboratorio (BAC) o septicemia clínica (SCLIN).
- Las infecciones de torrente sanguíneo pueden ser primarias o secundarias, según haya o no una infección en otro sitio que sea la causa de la ITS.
- Para la vigilancia solo se debe tomar en cuenta la bacteriemia primaria, confirmada por laboratorio y asociada a catéter intravascular.

- **ITS primaria:** Es la que no guarda relación con otro sitio de infección.
- **ITS asociada a vía central:** Es la ITS primaria en paciente portador de una vía o catéter central en el momento de la detección o durante las cuarenta y ocho horas anteriores a la aparición de la infección. No se requiere un periodo mínimo en que la vía central deba estar instalada para que la infección se considere asociada a vía central.

Para su diagnóstico, los criterios 1 y 2 podrán utilizarse para los pacientes de cualquier edad, incluidos los pacientes menores de un año de edad.

- **Criterio 1.** Hemocultivo positivo a agentes patógenos reconocidos y que no esté asociado a infección en otro sitio.

- **Criterio 2.** El paciente tiene por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas: Fiebre, escalofríos o hipotensión, y resultados de laboratorio positivos y no relacionados con una infección en otro sitio, y dos o más hemocultivos positivos a un contaminante común de la piel tomados en distintos momentos (B, anthr...



Propionibacterium spp., Stafilococos coagulasa negativa (incluyendo S. epidermidis) estreptococos del grupo viridans, especies de Aerococcus, Micrococcus spp).

• **Criterio 3.** Paciente menor de un año de edad que tiene por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre.
- Hipotermia.
- apnea o bradicardia.
- Resultados de laboratorio positivos y no relacionados con una infección en otro sitio, Y dos o más hemocultivos positivos a un contaminante común de la piel tomados en distintos momentos (B. anthracis, Propionibacterium spp., Stafilococos coagulasa negativa (incluyendo S. epidermidis) estreptococos del grupo viridans, especies de Aerococcus, Micrococcus spp).

En el criterio 1, la frase "Uno o más cultivos de sangre" significa que al menos uno de los frascos de una extracción de sangre, es informado por el laboratorio con crecimiento de un organismo (es un cultivo de sangre positivo).

En el criterio 1, el término "patógeno reconocido" no incluye los organismos considerados contaminantes comunes de la piel (véanse los criterios 2 y 3 para una lista de los contaminantes más comunes de la piel). Algunos de los patógenos reconocidos son: S. aureus, Enterococcus spp., E. coli, Pseudomonas spp, Klebsiella spp y otros.

➤ **Sepsis clínica (SEPSIS).**

- Este término puede ser usado solo para reportar una infección primaria del torrente sanguíneo en neonatos y lactantes. No debe ser usada para reportar infección del torrente sanguíneo en adultos y niños.
- La sepsis clínica debe reunir los siguientes criterios:
 - Pacientes menores de un año de edad debe de tener uno de los siguientes signos clínicos o síntomas sin otra causa reconocida:
 - Fiebre, hipotermia, apnea o bradicardia.
 - Cultivo de sangre que no se realizó o que no detecto microorganismos en sangre.
 - Sin infección aparente en otro sitio.

El médico debe iniciar tratamiento para sepsis.

✓ **Instrucciones de reporte:**

Si el cultivo es positivo, se deberá informar como infección sanguínea confirmada por laboratorio (BSI-LCBI).



➤ **Infección diseminada (ID).**

Una infección diseminada afecta a más de un órgano o sistema, y no tiene un foco de infección claro, usualmente es de origen viral, con signos y síntomas compatibles con afectación de múltiples órganos o sistemas y sin otra causa reconocida.

Normalmente se diagnostican por la clínica únicamente: sarampión, parotiditis, rubeola y varicela. Es excepcional que se trate de infecciones asociadas a la atención sanitaria. No debe considerarse como tal, la que se presenta con focos metástasis, como una endocarditis bacteriana, y tampoco se debe incluir la fiebre de origen desconocido.

➤ **Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ).**

- **Infección del Sitio Quirúrgico Incisional Superficial (ISQ IS).**

La infección superficial del sitio quirúrgico debe cumplir con el siguiente criterio: ocurrir dentro de los treinta días a partir del procedimiento quirúrgico, y afectar solamente la piel y el tejido subcutáneo de la incisión; y el paciente presenta al menos uno de los siguientes hallazgos:

- ✚ Drenaje purulento de la incisión superficial.
- ✚ Microorganismos aislados de un cultivo obtenido asépticamente del líquido o tejido de la incisión superficial.
- ✚ Al menos uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor o sensibilidad, edema localizado, enrojecimiento o calor e incisión deliberadamente abierta por el cirujano, excepto en los casos en que el cultivo de la incisión es negativo.

- ✓ Diagnóstico de ISQ IS, por parte del cirujano o el medico a cargo.
- ✓ Existen dos tipos específicos de incisionales superficiales:

a) **Incisional superficial primaria (ISQSP):** es una incisión superficial del sitio quirúrgico que se identifica en la incisión primaria en un paciente que ha tenido una operación con más incisiones. Por ejemplo, la incisión para la cirugía coronaria con una zona donante.

1. **Incisional superficial secundaria (ISQSS):** es una incisión superficial del sitio quirúrgico que se identifica en la incisión secundaria en un paciente que ha tenido una operación con más de una incisión. Por ejemplo, zonas donantes en una cirugía de derivación o puente arterial coronario.

➤ **Instrucciones de reporte.**

- ✓ No debe informar un absceso en los sitios de puntos de sutura (mínima inflamación y secreción limitada al sitio de penetración de los puntos de sutura) como infección.
- ✓ Se debe declarar una infección quirúrgica que afecte solamente piel, como infección de piel y tejidos blandos.

- ✓ Debe de informar de infección del sitio de la circuncisión en los recién nacidos como CIRC.
- ✓ La circuncisión no es un procedimiento quirúrgico.
- ✓ No debe informar a las infecciones de quemadura como infecciones de sitio quirúrgico.
- **Infección del sitio quirúrgico Incisional profunda (ISQ IP).**

Una infección profunda del sitio quirúrgico deber de cumplir el siguiente criterio:

- La infección ocurre dentro de los treinta días a partir del procedimiento quirúrgico si no se colocó ningún dispositivo biomédico, o en el plazo de un año si se colocaron, y la infección parece tener relación con la intervención quirúrgica y afecta los tejidos blandos profundos (por ejemplo, capas faciales y musculares) de la incisión, y el paciente presenta al menos uno de los siguientes síntomas:
- Drenaje purulento de la incisión profunda, pero no del órgano o espacio del sitio quirúrgico.
- La incisión profunda se abre espontáneamente o el cirujano la abre deliberadamente, cuando el paciente presenta al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre, o dolor localizado o sensibilidad, excepto en los casos en que el cultivo de la incisión es negativo.
- Un absceso u otro signo de infección que involucre la incisión profunda diagnosticada por examen directo, reintervención, examen histopatológico o algún método de diagnóstico por imágenes.
- Diagnóstico de Infección de sitio quirúrgico Incisional profunda por parte del cirujano o del médico a cargo.

❖ **Existen dos tipos específicos de infección Incisional profunda:**

- a) **Incisional profunda primaria:** esta se identifica como una Incisional profunda primaria en un paciente que ha tenido una operación con una o más incisiones, por ejemplo, incisión cesárea o en el pecho para cirugía de derivación o puente arterial coronario.
- b) **Incisional profunda secundaria:** esta se identifica en un paciente que ha tenido operación con más de una incisión. Por ejemplo, zona donante de injerto (pierna) en una cirugía de derivación o puente arterial coronario.

❖ **Infección del sitio quirúrgico órgano o espacio (ISQ OE).**

Debe cumplir el siguiente criterio: la infección ocurre dentro de los treinta días a partir del procedimiento quirúrgico, si no se colocó ningún dispositivo biomédico, o en el plazo de un

año, si existen dispositivo biomédico y la infección parece tener relación con la intervención quirúrgica, afectando cualquier parte del cuerpo, excepto la incisión cutánea, fascia o capas musculares, que se abra o manipule durante el procedimiento quirúrgico. Y el paciente presenta al menos uno de los siguientes hallazgos:



- ❖ Drenaje purulento del tubo de drenaje que se coloca, por contra abertura en el órgano o espacio.
- ❖ Microorganismos aislados de cultivo obtenido asépticamente del líquido o tejido en el órgano o espacio.
- ❖ Absceso u otro signo de infección que involucre el órgano o espacio diagnosticado por examen directo, reintervención, examen histopatológico o algún método de diagnóstico por imágenes.
- ❖ Diagnóstico de infección del sitio quirúrgico de órgano o espacio por parte del cirujano o del médico tratante.

IAAS neonatales.

Criterios de definición de neumonía asociada a la atención sanitaria.

Cuando se evalúa a un recién nacido para determinar la presencia de neumonía, es importante distinguir los cambios del estado clínico debido a otras afecciones, como: síndrome de distres respiratorio, edema pulmonar, displasia broncopulmonar, o aspiración de meconio. Debe reconocerse que puede ser difícil identificar neumonía asociada a la atención sanitaria en los recién nacidos, ya que en ellos pueden quedar ocultos los signos y síntomas característicos que se asocian con neumonía.

Neumonía debida a aspiración de contenido gástrico se considera, asociada a la atención sanitaria, si satisface los criterios mencionados y no estaba presente o incubándose en el momento del ingreso del recién nacido a la UCI/unidad de cuidados intermedios de neonatología.

En recién nacidos con estancia hospitalaria prolongada pueden presentarse episodios múltiples de neumonía como IAAS. Para determinar si se trata de un nuevo episodio se debe confirmar la resolución de la infección inicial. La detección de un nuevo agente patógeno no es de por sí indicativo de un nuevo episodio de neumonía. Para definirlo como nuevo episodio se requiere una combinación de nuevos signos y síntomas, además de una nueva confirmación radiográfica u otra prueba de diagnóstico.

Definición de caso para la vigilancia de neumonía IAAS en neonatos.

Una neumonía debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1:

- Datos radiológicos: dos o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos: Infiltrado nuevo o progresivo y persistente, consolidación, cavitación o neumatoceles.
- En los recién nacidos sin enfermedades pulmonares o cardíacas subyacentes (por ejemplo, síndrome de distres respiratorio, edema pulmonar, displasia bronco pulmonar, aspiración de meconio), una radiografía de tórax definitiva es aceptable.

Mas:

- ✓ Al menos uno de los signos o síntomas siguientes:
- ✓ Fiebre sin otra causa conocida.



- ✓ Leucopenia (recuento de leucocitos menor de 4000/ml) o leucocitosis (recuento de leucocitos mayores de 12.000 /ml).

✚ Más al menos dos de los siguientes:

- ✓ Aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración
- ✓ Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea (nota 1)
- ✓ Estertores o respiración bronquial ruidosa
- ✓ Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de oxígeno [Razón PaO₂ /FiO₂ menor de doscientos cuarenta], mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico).

Criterio 2

Criterio alternativo para niños menores de un año de edad:

Datos radiológicos: dos o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos:

1. Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.
2. Consolidación.
3. Cavitación.
4. Neumatocelos para los menores de un año de edad.

Y empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [razón PaO₂ /FiO₂ menor de 240] mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico).

Y por lo menos tres de los siguientes criterios.

- Inestabilidad en la temperatura sin otra causa reconocida.
- Leucopenia (recuento de leucocitos menor de 5000/mm³) o leucocitosis (recuento de leucocitos mayor de 25.000 /mm³ al nacimiento o 30.000 entre doce y veinticuatro horas o mayor de 21,000 después de cuarenta y ocho horas) y desvío a la izquierda (con más del 10% de neutrófilos en banda).
- Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.
- Apnea, taquipnea, aleteo nasal con retracción de la pared torácica y gruñidos.
- Sibilancias, estertores o roncus.
- Tos.
- Bradicardia (menor de cien latidos por minuto) o taquicardia (mayor de ciento setenta latidos por minuto).



➤ **Infección de torrente sanguíneo (ITS).**

ITS primaria: es la infección del torrente sanguíneo que no guarda relación con otro sitio de infección.

ITS asociada a vía central: es la ITS primaria en recién nacidos portadores de una vía o catéter central en el momento de la detección o durante las cuarenta y ocho horas anteriores a la aparición de la infección.

No se requiere un periodo mínimo en que la vía central deba estar instalada para que la infección se considere asociada a vía central.

➤ **Criterios de definición de bacteriemia por IAAS**

Una bacteriemia confirmada por laboratorio debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1

En uno o más hemocultivos del recién nacido se aisló un agente patógeno, excepto para microorganismos contaminantes comunes de la piel (véase el criterio 2, más adelante), y el microorganismo cultivado de la sangre no guarda relación con infecciones de otro(s) sitio(s).

Criterio 2

- Datos clínicos: al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre, hipotermia, apnea y bradicardia.
- Resultados de laboratorio positivos que no se relacionan con infección en otra localización, y
- Criterio de laboratorio: microorganismos contaminantes comunes de la piel (es decir, difteroides [*Corynebacterium* spp.], *Bacillus* [no *B. anthracis*] spp., *Propionibacterium* spp., estafilococos coagulasa negativos [incluido *S. epidermidis*], *Streptococcus* del grupo viridans, *Aerococcus* spp., *Micrococcus* spp.) cultivados de la sangre extraída en dos o más ocasiones distintas.

- **Criterios de definición de sepsis clínica asociada a la atención sanitaria:**

Una sepsis clínica debe cumplir de los siguientes criterios:

Paciente menor de un año de edad que tiene por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida:

1. Fiebre.
2. Hipotermia.
3. Apnea.
4. Bradicardia.

Además de:

5. Hemocultivo sin crecimiento o no realizados y sin infección aparente en otro sitio.
6. Que el médico instituye tratamiento para sepsis.



- **Enterocolitis necrotizante:**

La enterocolitis necrotizante se clasifica según los criterios clínicos y patológicos, para la vigilancia se tomará en cuenta las infecciones que se manifiesten después de cuarenta y ocho horas de vida del recién nacido.

Enterocolitis necrotizante asociada a la atención sanitaria debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1.

Presencia de uno o, más signos o síntomas sin otra causa reconocida:

1. Vómitos.
2. Distensión abdominal.
3. Aspirado de bilis.
4. Sangre (microscópica o macroscópica) persistente en las materias fecales.
5. Y al menos una de las siguientes anomalías radiológicas abdominales:
 - Neumoperitoneo
 - Neumatosis intestinal
 - Gas en la vena porta.

Criterio 2.

Enterocolitis necrotizante de diagnóstico quirúrgico

Evidencia quirúrgica de la necrosis intestinal extensa (más de dos centímetros de intestino afectados) o evidencia quirúrgica de la neumatosis intestinal con o sin perforación intestinal.

➤ **Meningitis asociada a la atención sanitaria en neonatos:**

La meningitis se clasifica según los criterios clínicos y de laboratorio. Para la vigilancia se tomará en cuenta las infecciones que se manifiesten después de cuarenta y ocho horas de vida del recién nacido o antes de este periodo si la meningitis está relacionada con algún procedimiento invasivo.

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1:

Presencia de uno o más signos o síntomas sin otra causa reconocida

- Fiebre.
- Hipotermia.
- Apnea.
- Bradicardia.
- Rigidez de nuca.
- Signos meníngeos.
- Signos de afectación de pares craneales.

Y al menos uno de los siguientes:

- ✚ El examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra aumento de glóbulos blancos, proteínas elevadas o disminución de la glucosa.



- ✚ Tinción de Gram con hallazgo de microorganismos en el LCR.
- ✚ Hemocultivos positivos.
- ✚ Si el diagnóstico se hace antes de la muerte, el médico instituye terapia antimicrobiana apropiada.

➤ **Onfalitis.**

La onfalitis es una infección de partes blandas que se clasifica según los criterios clínicos y de laboratorio, para la vigilancia se tomará en cuenta las infecciones que se manifiesten después de cuarenta y ocho horas de vida del recién nacido.

Onfalitis debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios en menores de veintiocho días.

Criterio 1:

Presencia de uno o más signos o síntomas: el paciente tiene eritema o drenaje seroso en el ombligo y al menos uno de los siguientes:

- Cultivo positivo microorganismo patógeno de la secreción del ombligo o de aspirado con aguja.
- Hemocultivo positivo.

Criterio 2:

El paciente presenta eritema en piel circundante a la base del muñón mayor de dos centímetros y secreción purulenta o fétida en el ombligo.

➤ **Conjuntivitis**

Es una infección de la conjuntiva ocular que se clasifica según los criterios clínicos y de laboratorio, para la vigilancia se tomará en cuenta las infecciones que se manifiesten después de cuarenta y ocho horas de vida del recién nacido.

Conjuntivitis en menores de veintiocho días debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- ✚ Se realiza un cultivo a partir de exudado purulento obtenido a partir de los tejidos conjuntiva o contiguos, como el párpado, la córnea, las glándulas de Meibomio, o de las glándulas lagrimales del paciente.
- ✚ El paciente tiene dolor o enrojecimiento de la conjuntiva o alrededor de los ojos.
- ✚ Y se observa al menos uno de los siguientes parámetros:
- ✚ Se identifican glóbulos blancos o microorganismos en la tinción de Gram del exudado.



Anexo 4. Plan Anual Operativo de la Comisión Institucional, Comité Administrativo y Equipo técnico.

- 4.1 Caratula.
- 4.2 Índice.
- 4.3 Introducción.
- 4.4 Objetivos.
- 4.5 FODA.
- 4.6 Plan de acción (Metas, estrategias, etc)
- 4.7 Cronograma de actividades.

Anexo 5. Contenido de informe mensual, semestral y anual de IAAS.

- a) Caratula.
- b) Introducción
- c) Objetivos
- d) Corredor endémico de la IAAS o comparativo con los últimos 5 años.
- e) Tasa de infecciones por día dispositivo.
- f) Incidencia de IAAS por servicio
- g) Microorganismos por tipo de IAAS y por servicio
- h) Estrategias implementadas.
- i) Limitantes.
- j) Conclusiones
- k) Recomendaciones.





INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA EN SALUD
SECCION REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD
Septiembre - 2019

