



Hospital Amazónico



PLAN ANUAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN A LA SALUD (IAAS)

2025

Comité de Prevención y Control
de IAAS del Hospital Amazónico



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

CONTENIDO

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	3
III. OBJETIVOS.....	3
• 3.1 Objetivo General.....	3
• 3.2 Objetivos Específicos.....	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL.....	4
VI. COMPONENTES DEL PLAN.....	5
• 6.1 Organización y Gestión.....	5
• 6.2 Vigilancia Epidemiológica.....	5
• 6.3 Prevención y Control.....	9
VII. METAS 2025.....	12
VIII. RESPONSABILIDADES.....	14
IX. FINANCIAMIENTO.....	15
X. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	15
ANEXOS:	
• Anexo 01: Cronograma 2025.....	17
• Anexo 02: Listado de Eventos Sujetas a Vigilancia.....	20
• Anexo 03: Criterios Específicos según tipo de IAAS.....	21

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

I. INTRODUCCIÓN

Una Infección Asociada a la Atención de Salud (IAAS) es una enfermedad sistémica o localizada causada por una reacción adversa de un paciente a la presencia de un agente infeccioso o sus toxinas, que no estaba presente ni incubándose al momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier establecimiento donde se presten servicios de atención de salud y pueden aparecer después del alta. También incluyen las infecciones ocupacionales entre el personal sanitario.

Las IAAS representan un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud.

En cumplimiento de la Ley N° 319727 que fortalece la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS como componente de la política nacional de Salud Pública, y la Norma Técnica N°163-MINSA/2020/CDC, el Hospital Amazónico de Yarinacocha presenta su Plan Anual 2025.

II. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, mediante la implementación de un sistema de vigilancia, prevención y control basado en evidencias.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Fortalecer el sistema de vigilancia, prevención y control de las IAAS en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2025, mediante estrategias basadas en evidencias que permitan la identificación y control oportuno de estas infecciones.

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las IAAS priorizadas según la normativa vigente.
2. Implementar las prácticas de prevención y control de IAAS basadas en evidencias.
3. Fortalecer las competencias del personal de salud en vigilancia, prevención y control de IAAS.
4. Promover el uso racional de antimicrobianos y la vigilancia de la resistencia antimicrobiana.
5. Garantizar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y precauciones estándar.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación obligatoria en todos los servicios del Hospital Amazónico de Yarinacocha.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 319727 - 2024 Ley que fortalece la Vigilancia, Prevención y Control de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) como componente de la Política Nacional de Salud Pública.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- R.M. N° 523-2020/MINSA, que aprueba la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud".
- R.M. N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención, y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

- R.M. N° 1472-2002/MINSA que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".
- R.M. N° 372-2023/MINSA que aprueba el "Manual de Bioseguridad en el Laboratorio".

VI. COMPONENTES DEL PLAN

6.1 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Comité de Control y Prevención de IAAS

- Conformación según normativa vigente
- Reuniones ordinarias mensuales
- Elaboración y seguimiento de indicadores

Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

- Vigilancia activa y permanente
- Análisis y difusión de información
- Coordinación intersectorial

6.2 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica se realiza de manera activa y selectiva según los siguientes eventos, áreas y criterios específicos:

1. Infección del Torrente Sanguíneo (Bacteriemia primaria y sepsis clínica)

Áreas de vigilancia:

- UCI Adultos, UCI Neonatal, Neonatología (para CVC)
- UCI Neonatal y Neonatología (para CVP)
- UCI Adultos, UCI Neonatal (para NPT)

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

Criterios diagnósticos:

- **Bacteriemia primaria confirmada por laboratorio (BAC):**
 - Aislamiento de patógeno en hemocultivo
 - Microorganismo no relacionado con otro foco
 - Excluye contaminantes comunes de piel

- **Sepsis Clínica (SCLIN):**
 - Presencia de: Fiebre (>38°C), escalofríos, o hipotensión
 - En neonatos: fiebre >38, hipotermia, apnea o bradicardia
 - Sin otra causa reconocida
 - Médico inicia tratamiento para sepsis

2. Infección del Tracto Urinario

Áreas de vigilancia:

- UCI Adultos
- Medicina y Cirugía

Criterios diagnósticos:

Debe cumplir uno de:

- **Criterio 1:**
 - Signos/síntomas: Fiebre >38°C, urgencia, frecuencia, disuria
 - Urocultivo positivo ($\geq 10^5$ UFC/ml) con ≤ 2 especies

- **Criterio 2:**
 - Al menos 2 signos/síntomas sin otra causa
 - Más uno de: tira reactiva positiva, piuria, visualización de microorganismos, diagnóstico médico

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

3. Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico

Áreas de vigilancia:

- UCI Adultos
- UCI Pediátricas
- UCI Neonatal

Criterios diagnósticos:

- Paciente debe estar intubado y ventilado al inicio de síntomas o hasta 48h antes
- Criterios radiológicos: Dos o más radiografías con infiltrado nuevo y persistente
- Más al menos uno de:
 - Fiebre >38°C sin otra causa
 - Leucopenia (<4000/mm³) o leucocitosis (>12,000/mm³)
 - Secreciones purulentas nuevas o cambio en características
 - Deterioro del intercambio gaseoso

4. Infección de Sitio Quirúrgico

Áreas de vigilancia:

- Cirugía adultos y pediátrica (colecistectomías y hernioplastias inguinales)
- Traumatología (prótesis de cadera)
- Gineco-Obstetricia (partos cesárea)

Criterios diagnósticos:

- **ISQ Superficial:**
 - Ocurre dentro de 30 días post cirugía
 - Involucra piel y tejido subcutáneo
 - Más: drenaje purulento, cultivo positivo o signos de infección

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

- **ISQ Profunda:**
 - Dentro de 30 días (o 1 año si implante)
 - Afecta fascia/músculo
 - Más: drenaje purulento, dehiscencia, absceso o diagnóstico médico

5. Endometritis Puerperal

Área de vigilancia:

- Gineco-Obstetricia

Criterios diagnósticos: Debe cumplir uno de:

- **Criterio 1:**
 - Cultivo positivo de líquido endometrial
- **Criterio 2:**
 - Al menos 2 de: Fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, dolor abdominal, sensibilidad uterina, drenaje purulento

6. Exposición Laboral a Agentes Patógenos

Área de vigilancia:

- Todos los servicios

Criterios:

- Accidente punzocortante:
 - Lesión con instrumental durante procedimiento o manejo
 - Independiente del estado serológico del paciente
- **Salpicaduras:**
 - Exposición a fluidos corporales en mucosas o piel no intacta

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

La vigilancia debe ser permanente, activa y selectiva, con notificación obligatoria según estos criterios establecidos en la norma técnica vigente.

6.3 PREVENCIÓN Y CONTROL

Los componentes esenciales para un programa efectivo de prevención y control de IAAS incluyen los siguientes elementos basados en evidencia:

A. PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIAS

1. Higiene de manos

- Cumplimiento estricto de los 5 momentos según OMS:
 - Antes del contacto con el paciente
 - Antes de realizar procedimientos asépticos
 - Después del riesgo de exposición a fluidos corporales
 - Después del contacto con el paciente
 - Después del contacto con el entorno del paciente
- Infraestructura y recursos necesarios:
 - Lavamanos operativos con agua y jabón
 - Dispensadores de alcohol gel en puntos de atención
 - Toallas de papel descartables
- Sistema de monitorización:
 - Observación directa mensual
 - Retroalimentación inmediata
 - Indicadores de consumo de insumos

2. Uso de precauciones estándar

- Equipo de Protección Personal (EPP):

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

- Guantes estériles y no estériles según procedimiento
- Mandilones limpios y estériles
- Mascarillas quirúrgicas y respiradores N95
- Protectores faciales y oculares
- Prácticas seguras:
 - Técnica aséptica en procedimientos invasivos
 - Manejo adecuado de material punzocortante
 - Gestión de residuos biocontaminados
 - Procesamiento de equipos y materiales

3. Limpieza y desinfección de superficies

- Protocolos específicos por áreas:
 - Áreas críticas: cada 8 horas y cuando sea necesario
 - Áreas semicríticas: cada 12 horas
 - Áreas comunes: cada 24 horas
- Productos autorizados:
 - Desinfectantes de nivel alto
 - Desinfectantes de nivel intermedio
 - Desinfectantes de bajo nivel
- Control de calidad:
 - Supervisión directa
 - Cultivos de superficie
 - Marcadores fluorescentes

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

4. Bundle de prevención según tipo de IAAS

a) Bundle de ITS asociada a CVC:

- Higiene de manos con técnica correcta
- Uso completo de barreras máximas estériles
- Antisepsia con clorhexidina alcohólica >0.5%
- Selección óptima del sitio anatómico
- Verificación diaria de necesidad del catéter
- Lista de verificación de inserción y mantenimiento

b) Bundle de NAV:

- Elevación de cabecera 30-45° permanente
- Evaluación diaria de destete ventilatorio
- Higiene oral con clorhexidina 0.12%
- Control de presión del cuff 20-30 cmH₂O
- Aspiración subglótica cuando sea necesario
- Profilaxis de TVP y úlceras de estrés

c) Bundle de ITU-CUP:

- Inserción con técnica aséptica estricta
- Mantenimiento de sistema cerrado
- Fijación adecuada para prevenir tracción
- Control diario de necesidad de catéter
- Cuidados del catéter y recolector

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

d) Bundle de ISQ:

- Profilaxis antibiótica en tiempo y dosis correcta
- Preparación preoperatoria de la piel
- Control de glicemia <180 mg/dl
- Mantenimiento de normotermia (T>36°C)
- Control del tráfico en sala de operaciones

5. Uso racional de antimicrobianos

- Programa institucional:
 - Guías de tratamiento empírico inicial
 - Política de restricción de antimicrobianos
 - Cultivos previos al inicio cuando sea posible
 - Monitoreo de resistencia bacteriana
- Estrategias de optimización:
 - Desescalamiento basado en cultivos
 - Ajuste por función renal
 - Duración apropiada del tratamiento
 - Profilaxis quirúrgica normada

VII. METAS 2025

1. Mantener la tasa de IAAS por debajo del percentil 50 nacional

- Indicadores específicos:
 - ITS-CVC: ≤ 3.5 por 1000 días-catéter

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

- NAV: ≤ 4.5 por 1000 días-ventilador
- ITU-CUP: ≤ 3.0 por 1000 días-catéter
- ISQ en cirugías limpias: $\leq 2\%$
- Monitoreo:
 - Vigilancia activa diaria
 - Análisis mensual de tasas
 - Intervención inmediata ante desviaciones

2. Alcanzar 90% de adherencia a la higiene de manos

- Estrategias:
 - Capacitación continua
 - Monitores capacitados por servicio
 - Retroalimentación inmediata
 - Disponibilidad permanente de insumos

3. Lograr 95% de cumplimiento en vigilancia epidemiológica

- Componentes:
 - Notificación oportuna de casos
 - Registro completo de datos
 - Análisis periódico de información
 - Retroalimentación a servicios

4. Capacitar al 100% del personal en prevención y control

- Programa educativo:
 - Inducción al personal nuevo
 - Actualización anual obligatoria
 - Entrenamiento en servicio

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

- Evaluación de competencias

5. Implementar 100% de bundles en servicios críticos

- Aplicación de:
 - Listas de verificación diaria
 - Supervisión programada
 - Retroalimentación inmediata
 - Medidas correctivas oportunas

VIII. RESPONSABILIDADES

SUPERVISIÓN

Comité de IAAS 2025:

- Aprobación de normas y procedimientos
- Evaluación trimestral del cumplimiento del plan
- Toma de decisiones basada en resultados
- Gestión de recursos necesarios

ASISTENCIA TÉCNICA

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental:

- Vigilancia epidemiológica activa
- Análisis de información y reportes
- Capacitación y supervisión
- Coordinación intersectorial

IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

Jefaturas de Departamentos Asistenciales:

- Cumplimiento de normas y procedimientos
- Supervisión directa del personal
- Reporte oportuno de casos
- Participación en actividades de prevención

IX. FINANCIAMIENTO

El financiamiento del presente plan estará sujeto a:

- Recursos ordinarios
- Presupuesto por resultados
- Gestión con cooperantes

X. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN

SEGUIMIENTO

- Monitoreo diario de procedimientos
- Supervisión semanal de adherencia
- Retroalimentación inmediata
- Medidas correctivas oportunas

MONITOREO

- Indicadores de estructura
- Indicadores de proceso
- Indicadores de resultado
- Análisis mensual de tendencias

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

EVALUACIÓN

- Evaluación trimestral de avances
- Evaluación semestral de impacto
- Evaluación anual del plan
- Propuestas de mejora continua

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

ANEXO 01

CRONOGRAMA 2025

1er Trimestre (Enero-Marzo):

- Conformación del Comité de IAAS 2025
- Implementación del sistema de vigilancia activa y selectiva de IAAS en servicios críticos
- Adquisición inicial de insumos y materiales para la higiene de manos

2do Trimestre (Abril-Junio):

- Evaluación del sistema de vigilancia implementado
- Inicio del programa de uso racional de antimicrobianos
- Fortalecimiento de medidas de manejo ambiental (residuos, agua, alimentos, vectores)
- Monitoreo continuo de indicadores

3er Trimestre (Julio-Septiembre):

- Evaluación intermedia del plan
- Capacitación intensiva en uso racional de antimicrobianos
- Auditorías de cumplimiento de protocolos
- Reforzamiento de medidas correctivas según hallazgos

4to Trimestre (Octubre-Diciembre):

- Evaluación final del cumplimiento de metas
- Elaboración del informe anual
- Planificación de actividades para 2026
- Presentación de resultados a la dirección

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Conformación del Comité de IAAS 2025	X											
Implementación del sistema de vigilancia activa y selectiva	X	X	X									
Adquisición de insumos para higiene de manos	X	X	X									
Evaluación del sistema de vigilancia				X	X							
Implementación programa uso racional de antimicrobianos				X	X	X						
Fortalecimiento de medidas de manejo ambiental				X	X	X						
Evaluación intermedia y auditorías							X	X	X			

**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

Capacitación en uso racional de antimicrobianos	X	X	X		
Evaluación final de cumplimiento				X	X
Elaboración del informe anual				X	X
Planificación para 2026					X

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

ANEXO 02

LISTADO DE EVENTOS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OBLIGATORIA

N °	IAAS	FACTOR DE RIESGO	UPSS
1	Infección del torrente sanguíneo (Bacteriemia primaria y sepsis clínica).	Catéter venoso central (CVC)	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal, Neonatología.
		Catéter venoso periférico (CVP)	UCI Neonatal y Neonatología.
		Nutrición Parenteral Total (NPT)	UCI Adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal.
		Catéter para hemodiálisis	UCI Adultos.
2	Infección del tracto urinario	Catéter urinario permanente (CUP)	UCI Adultos, UCI Pediátricas, Medicina y Cirugía.
3	Neumonía	Ventilador mecánico (VM)	UCI Adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal.
4	Infección de sitio quirúrgico: superficial y profundo	Colecistectomía por laparotomía	Cirugía adultos y pediátrica.
		Colecistectomía con laparoscopia	
		Hernioplastia inguinal (HI)	
		Prótesis de cadera	Traumatología.
		Parto Cesárea (PC)	Gineco-Obstetricia.
5	Endometritis puerperal	Parto Cesárea (PC)	Gineco-Obstetricia.
		Parto vaginal (PV)	
6	Exposición laboral a agentes patógenos de la sangre en personal de la salud	Accidentes punzocortantes y salpicaduras	Todos los servicios

* UCI Adultos incluye toda UCI que preste servicios a pacientes adultos críticamente enfermos, tales como: UCI cardiovascular, quirúrgica, médico/quirúrgica, traumatológica, gineco -obstetricia, neuroquirúrgica, quemados, oncológica, entre otras.

Fuente: NTS N°163-IAAS-MINSA-2020-CDC

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

ANEXO 03

CRITERIOS ESPECÍFICOS SEGÚN EL TIPO DE IAAS^{2,4,8,9}

- 1. Infección del Torrente Sanguíneo (ITS), incluye bacteriemia primaria y sepsis clínica:** La ITS se clasifica en bacteriemia confirmada por laboratorio (BAC) o septicemia clínica (SCLIN). Las ITS pueden ser primarias o secundarias, según haya o no una infección en otro sitio que sea la causa. Para la vigilancia, sólo se toma en cuenta la bacteriemia primaria confirmada por laboratorio, y la sepsis clínica precoz o tardía y asociada a catéter central o umbilical. Debe cumplir uno de los siguientes criterios:

Bacteriemia primaria confirmada por laboratorio (BAC)		SEPSIS CLÍNICA (SCLIN)
CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 1
<p>a) En 1 o más hemocultivos del paciente se aisló un agente patógeno, excepto para microorganismos contaminantes comunes de la piel (literal c) del criterio 2); y,</p> <p>b) El microorganismo cultivado de la sangre no guarda relación con infecciones de otro(s) sitio(s).</p>	<p>a) Paciente con al menos 1 de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (>38 °C) • Escalofríos, • Hipotensión. <p>En el caso de neonatos, fiebre >38, hipotermia, apnea y bradicardia; y,</p> <p>b) Resultados de laboratorio positivos que no se relacionen con infección en otro sitio; y,</p> <p>c) El siguiente criterio de laboratorio: Microorganismos contaminantes comunes de la piel (es decir, difteroides [<i>Corynebacterium</i> spp.], <i>Bacillus</i> [no <i>B. anthracis</i>] spp., <i>Propionibacterium</i> spp., estafilococos coagulasa negativos [incluido <i>S. epidermidis</i>], <i>Streptococcus</i> del grupo viridans, <i>Aerococcus</i> spp., <i>Micrococcus</i> spp.) cultivados de la sangre extraída en 2 o más ocasiones distintas.</p>	<p>a) Paciente pediátrico o adulto: 1 de los signos o síntomas del literal a) del criterio 2, y</p> <p>Paciente ≤1 año, incluidos neonatos, con al menos 1 de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (>38°C) • Hipotermia • Apnea • Bradicardia; y, <p>b) Hemocultivo sin crecimiento o no realizado; y,</p> <p>c) Sin infección aparente en otro sitio; y,</p> <p>d) Médico instituye tratamiento para sepsis.</p>

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Central (ITS-AC): Es la infección primaria (no guarda relación con otro sitio de infección) que cumple con los criterios expuestos para Infección del torrente sanguíneo y que el paciente tenga un catéter central en el momento o el antecedente de haberlo retirado dentro de las 48 horas previas al inicio del evento. No se requiere un período mínimo en que la vía central deba estar instalada para que la infección se considere asociada a la vía central.

2. Infección del Tracto Urinario (ITU) sintomática: Las ITU de pacientes con presencia de catéter urinario permanente o cuya infección tenga relación con el uso de esos dispositivos médicos; o sea, el caso corresponde al paciente con catéter urinario instalado en el momento de la aparición de la infección o en los 7 días anteriores a ella. Debe cumplir uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
<p>a) Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (>38°C). • Urgencia al orinar. • Aumento de la frecuencia urinaria. • Disuria o sensibilidad supra púbica, y, <p>b) Urocultivo positivo ($\geq 10^5$ microorganismos/cm³ de orina con ≤ 2 especies de microorganismos).</p>	<p>a) Al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (>38°C). • Urgencia al orinar. • Aumento de la frecuencia. • Disuria o sensibilidad suprapúbica; y, <p>b) Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tira reactiva positiva para estearasa leucocitaria o nitratos. • Piuria (muestra de orina con recuento de leucocitos $> 10/\text{mm}^3$ o > 3 leucocitos/campo de alta potencia en la orina sin centrifugar). • Se ven microorganismos en la tinción de Gram de orina sin centrifugar. • $\leq 10^5$ colonias/ml de un agente uropatógeno único (bacterias gramnegativas o <i>Staphylococcus saprophyticus</i>) en paciente en tratamiento antimicrobiano eficaz para infección de las vías urinarias. • Diagnóstico médico de infección de tracto urinario. • Tratamiento para infección de tracto urinario indicado por un médico.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

CRITERIO 3	CRITERIO 4
<p>Pacientes ≤ 1 año de edad</p> <p>a) Al menos 1 de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre > de 38°C. • Hipotermia. • Apnea. • Bradicardia. • Letargia. • Vómitos. • Dolor suprapúbico; y, <p>b) Un urocultivo positivo con no más de 2 especies de micrororganismos y al menos uno de ellos con más de $\geq 10^5$ UFC.</p>	<p>Pacientes ≤ 1 año de edad</p> <p>a) Al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre >de 38°C. • Hipotermia. • Apnea. • Bradicardia. • Letargia, • Vómitos, • Dolor suprapúbico; y, <p>b) Al menos 1 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tira reactiva positiva para estearasa leucocitaria o nitratos. • Piuria (muestra de orina con recuento de leucocitos $> 10/\text{mm}^3$ o > 3 leucocitos/campo de alta potencia en la orina sin centrifugar), • Se ven microorganismos en la tinción de Gram de orina sin centrifugar. • $\leq 10^5$ colonias/ml de un agente uropatógeno único (bacterias gramnegativas o Staphylococcus saprophyticus) en paciente en tratamiento antimicrobiano eficaz para infección de las vías urinarias. • Diagnóstico médico de infección de tracto urinario. • Tratamiento para infección de tracto urinario indicado por un médico.

*Criterio tomado del CDC/NHSN (2015)

Notas:

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

3. Neumonía: Para las neumonías asociadas a ventilación mecánica, se considera que el paciente ha de estar intubado y ventilado en el momento de la aparición de los síntomas o estuvo ventilado en un plazo de hasta 48 horas antes de la aparición de la infección. Debe cumplir uno de los siguientes criterios:

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

CRITERIO 1	CRITERIO 2
<p>a) Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos 1 de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación. • Cavitación; y, <p>b) Al menos 1 de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (> 38 °C) sin otra causa conocida. • Leucopenia (recuento de leucocitos < 4000/mm³) o leucocitosis (recuento de leucocitos > 12.000 / mm³). • Para adultos mayores de 70 años de edad, estado mental alterado sin otra causa conocida; y, <p>c) Al menos 2 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración. • Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea. • Estertores o respiración bronquial ruidosa. • Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [CAIDA PaO₂//FiO₂ < 240] mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico). 	<p>a) Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación. • Cavitación; y, <p>b) Al menos 1 de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (> 38 °C) sin otra causa conocida • Leucopenia (recuento de leucocitos < 4000/mm³) o leucocitosis (recuento de leucocitos > 12.000/mm³). • Para adultos mayores de 70 años de edad, estado mental alterado sin otra causa conocida; y, <p>c) Al menos 1 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración. • Nueva aparición o empeoramiento de la tos, disnea o taquipnea. • Estertores o respiración bronquial ruidosa. • Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [caída PaO₂//FiO₂ < 240] mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico); y, <p>d) Al menos 1 de los siguientes datos de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento positivo en hemocultivo no relacionados con otra fuente de infección. • Crecimiento positivo en cultivo de líquido pleural. • Cultivo cuantitativo positivo de muestra mínimamente contaminada de tracto respiratorio inferior (por ejemplo, lavado broncoalveolar, muestra protegida de cepillado y mini-lavado broncoalveolar). • ≥ 5% de las células obtenidas por lavado broncoalveolar contienen bacterias intracelulares en el examen microscópico directo (por ejemplo, tinción de Gram).

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

	<ul style="list-style-type: none"> • Examen histopatológico tiene al menos 1 de los siguientes datos probatorios de neumonía: • Formación de abscesos o focos de consolidación con acumulación intensa de polimorfonucleares en bronquiolos y alvéolos. • Cultivo cuantitativo positivo del parénquima del pulmón. • Datos probatorios de invasión de parénquima del pulmón por hifas fúngicas o pseudohifas.
CRITERIO 3	CRITERIO 4
<p>Paciente \leq 1 año de edad</p> <p>a) Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos 1 de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación. • Cavitación. • Neumatoceles para los menores de 1 año de edad; y, <p>b) Al menos 1 de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($>$ 38 °C) sin otra causa conocida. • Leucopenia (recuento de leucocitos $<$ 4000/mm³) o leucocitosis (recuento de leucocitos $>$ 12.000 /mm³); y. <p>c) Al menos 2 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración. • Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea (ver nota). • Estertores o respiración bronquial ruidosa. • Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [razón PaO₂/FiO₂ $<$ 240], mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico). 	<p>Paciente \leq 1 año de edad</p> <p>a) Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación. • Cavitación. • Neumatoceles para los menores de 1 año de edad; y, <p>b) Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [razón PaO₂/FiO₂ $<$ 240] mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico); y,</p> <p>c) Por lo menos 3 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad en la temperatura sin otra causa reconocida • Leucopenia (recuento de leucocitos $<$ 5000/mm³) o leucocitosis (recuento de leucocitos $>$ 25.000 /mm³ al nacimiento o 30.000 entre 12 y 24 horas o $>$21.000 después de 48 horas) y desvío a la izquierda ($>$10% fórmulas de banda). • Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración. • Apnea, taquipnea, aleteo nasal con retracción de la pared torácica y gruñidos. • Sibilancias, estertores o roncus. • Tos. • Bradicardia ($<$100 lpm) o taquicardia ($>$170 lpm).

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

CRITERIO 5	CRITERIO 6
<p>Paciente ≤ 1 año de edad</p> <p>a) Por lo menos 2 de los siguientes signos: Apnea, taquipnea, sibilantes, roncales, tos, bradicardia; y,</p> <p>b) Uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espudo purulento o cambio en el carácter del esputo. • Hemocultivo positivo. • Cultivo obtenido por ATT (aspiración transtraqueal), broncoscopia con cepillo protegido o biopsia. 	<p>Paciente > 1 año o <12 años</p> <p>a) Paciente con enfermedad de fondo, con 2 o más imágenes o paciente sin enfermedad de fondo con 1 ò más imágenes, con al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrados nuevos o progresivo y persistente. • Consolidación. • Cavitación; y, <p>b) Al menos 3 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (> 38°C) o hipotermia (< 36°C). • Leucopenia (<4000 leucocitos/ mm³), o leucocitosis (>15000). • Nuevo inicio de esputo purulento o cambios en carácter de esputo o aumento de secreciones respiratoria o requerimiento de succión. • Nuevo inicio de empeoramiento de tos, disnea, apnea o taquipnea. • Ruidos o sonidos respiratorios bronquiales. • Tos; y, <p>c) Empeoramiento de intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de oxígeno - oximetría <94%), aumento en los requerimientos de oxígeno o aumento de la demanda del ventilador.</p>

*Criterio tomado del CDC/NHSN (2015)

Notas⁴:

- Criterio 1: En los pacientes **sin** enfermedades pulmonares o cardíacas subyacentes (por ejemplo, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) basta con una radiografía de tórax definitiva.
- Criterio 3: En los recién nacidos **sin** enfermedades pulmonares o cardíacas subyacentes (por ejemplo, síndrome de distrés respiratorio, edema pulmonar, displasia bronco pulmonar, aspiración de meconio), una radiografía de tórax definitiva es aceptable. El diagnóstico de neumonía nosocomial de pacientes no ventilados, ocasionalmente, puede ser muy claro sobre la base de los síntomas, signos y una única radiografía de tórax con imagen invasiva concluyente. Sin embargo, en el caso de pacientes con enfermedades pulmonares o cardíacas (por ejemplo, enfermedad intersticial del pulmón o insuficiencia cardíaca congestiva), el diagnóstico de neumonía puede ser particularmente difícil. Otras afecciones no infecciosas (por ejemplo, edema pulmonar de una insuficiencia cardíaca congestiva descompensada) pueden simular la presentación de la neumonía. En estos casos más difíciles, hay que examinar las radiografías de tórax seriadas para ayudar a distinguir los procesos pulmonares infecciosos de los no infecciosos. Para apoyar su confirmación, puede ser útil examinar las radiografías el día del diagnóstico, 3

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

días antes del diagnóstico y en los días 2 y 7 después del diagnóstico. La neumonía puede iniciarse y progresar rápidamente, pero no se resuelve rápidamente. Los cambios radiográficos de la neumonía persisten durante varias semanas. Como resultado, la resolución radiográfica rápida indica que el paciente no tiene neumonía, sino un proceso no infeccioso, como atelectasia o insuficiencia cardíaca congestiva.

- Cultivo de esputo expectorado no es útil en el diagnóstico de neumonía, pero podría ayudar a identificar el agente etiológico y proveer información útil sobre la susceptibilidad antimicrobiana.
- La neumonía debida a aspiración de contenido gástrico se considera nosocomial si satisface los criterios mencionados y no estaba presente o incubándose en el momento del hospital.
- En casos de pacientes con estancias hospitalarias largas pueden presentarse episodios múltiples de neumonía nosocomial. Para determinar si se trata de un nuevo episodio debe confirmarse la resolución de la infección inicial. La detección de un nuevo agente patógeno NO debe ser considerada como único criterio para un nuevo episodio de neumonía.
- Una única anotación de esputo purulento o cambio de las características del esputo no es significativa. Las anotaciones repetidas en un período de 24 horas serían un mejor indicador del inicio de un proceso infeccioso. El cambio de las características del esputo se refiere al color, la uniformidad, el olor y la cantidad.
- La taquipnea se define como > 25 respiraciones por minuto en los adultos. En los niños, la taquipnea se define como > 75 respiraciones por minuto en los lactantes prematuros nacidos con < 37 semanas de gestación y hasta la 40ª semana; > 60 respiraciones por minuto en pacientes < 2 meses de edad; > 50 respiraciones por minuto en los pacientes de 2 a 12 meses de edad; y > 30 respiraciones por minuto en los niños > 1 año de edad.

4. Infección de sitio quirúrgico (ISQ)

4.1 Infección de sitio quirúrgico superficial (ISQS): Debe cumplir con el siguiente criterio:

CRITERIO 1
<p>a) Compromete piel o tejido subcutáneo y ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico y que comprometa sólo la piel o tejido subcutáneo de la incisión; y,</p> <p>b) Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Drenaje purulento de la incisión superficial.• Microorganismos aislados en un cultivo obtenido asépticamente de un fluido o tejido de la incisión superficial; y, <p>c) Al menos 1 de los siguientes signos o síntomas de infección:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dolor• Hinchazón localizada• Enrojecimiento o calor; y,• La incisión es deliberadamente abierta por el cirujano y el cultivo es positivo o no hay cultivo.• Diagnóstico de infección superficial del sitio quirúrgico realizada por un cirujano o médico tratante.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

Notas:

- No registrar el absceso de punto de sutura como una infección (inflamación mínima y descarga confinada a los puntos de penetración de la sutura).
- Si la infección del sitio de la incisión involucra o se extiende dentro de la fascia y capas musculares informarlo como una ISQ profunda.
- Clasificar la infección que involucra los sitios de incisión superficial y profunda como profunda ISQ profunda.

4.2 Infección de sitio quirúrgico profunda (ISQP): Debe tener cumplir con el siguiente criterio:

CRITERIO 1
<p>a) Que la infección se presente dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico si no se deja un implante en el lugar; o, dentro de 1 año si hay implante y la infección parece estar relacionada con la cirugía y comprometa tejidos blandos profundos (por ejemplo, fascia o capas musculares); y,</p> <p>b) Al menos 1 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Drenaje purulento de la incisión profunda pero no del órgano/componente espacial del sitio quirúrgico.• Dehiscencia de la incisión profunda o que sea abierta por el cirujano y el cultivo sea positivo o no cultivado, cuando el paciente tenga al menos 1 de los siguientes signos y síntomas: Fiebre (>38°C), dolor o sensibilidad localizada; y, <p>c) Al menos 1 de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (>38°C), dolor localizado o sensibilidad.• Absceso u otro tipo de evidencia de infección que comprometa la incisión profunda, que se detecta en el examen directo, durante la reintervención, o en el examen histopatológico o radiológico un absceso.• Diagnóstico de infección profunda de una incisión por un cirujano o médico tratante.

Notas:

- Las ISQ post cirugía de prótesis de cadera se refieren a las infecciones propiamente como tal, tanto de planos superficiales como profundos, independiente si además hay infección de la prótesis.
- Las ISQ se cuentan en el mes en que tuvo lugar la intervención quirúrgica. Por ejemplo, si la operación cesárea se realizó el 28 de marzo y la infección se manifestó el 5 de abril, la infección se incluye entre las del mes de marzo, es decir, la tasa sería: El número de ISQ (profunda o superficial) de operaciones cesáreas realizadas en marzo, dividido por el número total de partos por cesárea que tuvieron lugar en el mes de marzo, multiplicado por 100.

DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

5. Endometritis puerperal (END): Debe cumplir 1 de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
El paciente tiene cultivo positivo del líquido o del tejido endometrial, obtenidos durante un procedimiento quirúrgico, con aspiración por aguja o con biopsia por cepillado.	Al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (>38°C).• Dolor abdominal.• Sensibilidad uterina.• Drenaje purulento del útero.

Notas:

- Registrar la END post parto como una infección asociada a la atención de salud a menos que el líquido amniótico esté infectado al momento de la admisión o el paciente fue admitido 48 horas después de la ruptura de membranas.
- La END se cuenta en el mes que tuvo lugar el parto vaginal o la operación cesárea. Por ejemplo, si la cesárea se realizó el 28 de marzo y la infección se manifestó el 5 de abril, la infección se incluye en el mes de marzo, es decir, la tasa sería: El número de casos de END asociados a operación cesárea durante el mes de marzo, dividido por el número total de operaciones cesáreas en el mes de marzo.

6. Exposición laboral a agentes patógenos de la sangre en personal de la salud:

- 6.1 Accidente punzocortante:** Se define como el accidente que ocurre con instrumental punzo cortante (agujas, bisturí, entre otros) durante cualquier procedimiento médico quirúrgico después que se ha traspasado la piel del paciente hasta que se elimine el material en el recipiente final asignado en el área o durante los procesos de manejo, traslado y eliminación. Esto es independiente de la condición de portador o no del paciente de alguno de los agentes que se pueden transmitir por la sangre.
- 6.2 Salpicaduras:** Salpicaduras de líquidos (LCR, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico o líquido amniótico) o sangre que entre en contacto con las mucosas o piel no intacta del personal de la salud.