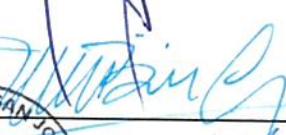
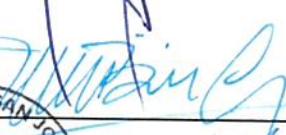




CODIFICACIÓN: GCL 3.2	MANUAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL CHSJM		Vigencia: 5 AÑOS Fecha Aprobación: <b>NOVIEMBRE 2024</b> Fecha término Vigencia: <b>NOVIEMBRE 2029</b>
VERSION: 10	PAG: 41 Páginas		UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



## MANUAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL CHSJM

	Nombre	Fechas	Cargo	Firma
Elaborado por	<b>Lorena Arias Fuenzalida</b> <b>Matias Bobadilla Ortiz</b> <b>Eduardo Macias Pizarro</b>	<b>Noviembre 2024</b>	<b>EU. PCI</b> <b>Médico (S) PCI</b> <b>TENS PCI</b>	  
Revisado por	<b>Nayarette Rubio Cofré</b> <b>Moira Bravo García</b>	<b>Noviembre 2024</b>	<b>EU. Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</b> <b>EU. Acreditación de Calidad Asistencial</b>	 
Aprobado por	<b>Manuel Portillo Barrera</b> <b>Ricardo Urbina Konig</b>	<b>Noviembre 2024</b>	<b>Director Técnico CHSJM</b> <b>Director (S) CHSJM</b>	 

## INDICE

<b>1. Fundamento:</b>	4
<b>2. Desarrollo:</b>	4
<b>2.1 Objetivos del protocolo:</b>	4
a. General:	4
b. Específicos:	5
<b>2.2 Responsables:</b>	5
<b>2.3 Campos de aplicación:</b>	5
<b>2.4 Actividades del procedimiento:</b>	6
2.4.1 Descripción del Sistema de Vigilancia Epidemiológica	6
2.4.2 Definiciones de Infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención de salud (IAAS) definidas para vigilancia en el CHSJM con sus respectivos criterios de notificación.	9
<b>3. DEFINICIONES</b>	15
<b>4. Diagrama de flujo:</b>	17
<b>5. Documentos relacionados:</b>	18
<b>6. Registros:</b>	20
<b>7. Distribución y difusión del documento:</b>	20
<b>8. Modificaciones del documento:</b>	21
<b>9. Anexos</b>	23
<b>9.1 Anexo N° 1: Indicadores de carácter obligatorio</b>	23
a) Infección del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente en paciente adulto hospitalizado en medicina	23
b) Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central en adultos hospitalizados en Medicina	24
c) Síndrome Diarreico Agudo por Clostridioides (Clostridium) difficile en pacientes adultos hospitalizado en Medicina (SDA/CD)	25
d) Infecciones por SARS COV2 en adultos hospitalizados en Medicina	26
<b>9.2 Anexo 2: aclaraciones de la normativa</b>	27
Complementos del sistema de vigilancia de las IAAS	32
Especificidad de la vigilancia epidemiológica de las IAAS	37
Evaluación del PCI en el CHSJM	38
Consideraciones generales de la vigilancia:	38

Indicadores vigilados por el programa control de infecciones (PCI) en el CHSJM ..... 41

 <p>COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ DE MAIPO</p> <p>SDM / Unidad de IAAS</p>	<p><b>SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMOLOGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL CHSJM</b></p>	 <p>UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>
---	---	---

## 1. Fundamento:

Este documento es de carácter institucional y describe el Sistema de vigilancia epidemiológica activa de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)<sup>1</sup> en el CHSJM.

Desde el año 1998 Minsal estableció que el carácter de la vigilancia debe ser un sistema activo y selectivo donde explicitan las definiciones operacionales estandarizadas para la pesquisa y notificación de cada uno de los síndromes clínicos. Estas definiciones deben usarse varios años y evitar cambios frecuentes para mantener consistencia de los datos en el tiempo.

Actualización desde Minsal, en el año 2021 se publicó una Actualización de definiciones y criterios de notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica y la Actualización del sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS, en abril 2023 Modificaciones y precisiones a la actualización del sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS y en agosto 2024 se difunde preguntas frecuentes y aclaraciones de sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS y definiciones y criterios de notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica de IAAS.

La vigilancia epidemiológica (VE) es una de las actividades fundamentales en el control de las infecciones asociadas a la atención de salud, que permite obtener información de la incidencia de las infecciones, identificar áreas de problemas, información de factores de riesgo y la detección precoz de brotes.

El sistema de vigilancia activo en infecciones asociadas a la atención de salud es una herramienta de trabajo para el Programa de Control de infecciones, donde se define las infecciones vigiladas tanto de procedimientos y factores de riesgos más frecuentes que se desarrollan en el CHSJM, el procedimiento de vigilancia y los criterios de notificación<sup>2</sup>.

En el desarrollo del documento se definirán los indicadores y umbrales de cumplimiento para cada una de las infecciones vigiladas y la constancia de que se realizado en forma periódica.

## 2. Desarrollo:

### 2.1 Objetivos del protocolo:

#### a. General:

- Estandarizar un sistema de vigilancia activo en infecciones asociadas a la atención de salud en la atención cerrada del CHSJM.

<sup>1</sup> Circular C37 N° 06. Modificaciones y precisiones a la Actualización del sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 28.04.23.

<sup>2</sup> Circular C37 N°02, Actualización de definiciones y criterios de notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica. Subsecretaría de redes asistenciales. 20.01.23. Oficio CP N°14441/2024. Preguntas frecuentes y aclaraciones de sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS y definiciones y criterios de notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica de IAAS. Subsecretaría de redes asistenciales. 14.08.24.

**b. Específicos:**

- Conocer las endemias de IAAS, la tendencia en el tiempo y asociación a factores de riesgos.
- Detectar cambios en los patrones de comportamiento habitual de las IAAS y factores de riesgos bajo la vigilancia.
- Identificar la microbiología de las IAAS y la epidemiología de la resistencia de los antimicrobianos de importancia en Salud Pública.
- Contribuir al control de la diseminación de agentes con resistencia a los antimicrobianos.
- Obtener información para establecer y promover las medidas de prevención y control de las IAAS
- Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control realizadas.
- Detectar brotes epidémicos de las IAAS en forma precoz.
- Conocer la eficiencia y sensibilidad del sistema de vigilancia.
- Obtener la información para investigaciones epidemiológicas.

**2.2 Responsables:**

**a) Ejecución:**

- Enfermera y Medico de PCI: Realizar vigilancia epidemiológica activa y selectiva, análisis y pesquisa de casos, construir indicadores, elaborar informes y difundir la información.
- Profesionales médicos y no médicos: difundir la información nivel local y proveer información para la VE.
- Laboratorio: procesar exámenes de microbiología.

**b) De la aplicación:**

- Equipo PCI

**c) De monitoreo:**

- Subdirector médico
- Calidad y seguridad del paciente

**2.3 Campos de aplicación:**

- Todos los servicios clínicos con pacientes hospitalizados.

## 2.4 Actividades del procedimiento:

### 2.4.1 Descripción del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

#### Procedimiento de vigilancia en el CHSJM:

**La vigilancia epidemiológica** de IAAS es un proceso sistémico, activo (presencial), selectivo (factores de riesgo y síndromes clínicos), periódico (mensualmente) y continuo (los 12 meses del año) por medio del cual se realiza la recolección de información de pacientes de los cuatro edificios de hospitalizados obtenidos desde Rayen gestión de camas (planilla Excel<sup>3</sup>), de todos los pacientes para buscar usuarios con factores de riesgos específicos y de interés de IAAS, como: DIP, uso de Catéter Urinario Permanente (CUP), Catéter Venoso Central (CVC), AREpi específicamente *Clostridium difficile* y SARS CoV-2. Se accede a Rayen (registros médicos, enfermería, TENS) y de laboratorio para complementar información.

**El elemento verificador** que fue realizada la vigilancia epidemiológica de IAAS, es la constancia de planilla, donde se registra: servicio clínico, número de habitación y cama, nombre y apellidos, Rut, edad, DIP, Fecha de instalación, fecha de retiro.

**Datos básicos por paciente en formulario de vigilancia:** servicio clínico, nombre y apellidos, edad, Rut, N° de habitación/cama, diagnósticos de ingreso, fecha ingreso a servicio clínico, factor riesgo vigilado: CUP; CVC, tipo aislamiento (fecha toma de muestra, tipo muestra, ARAISP y servicio clínico donde se pesquisa), AREpi (CD, SARS CoV-2)

**El periodo de vigilancia,** se realiza una vez a la semana, todos los meses del año, para notificar en vigilancia las IAAS del mes correspondiente.

**Análisis los datos obtenidos** posterior a la vigilancia, se analizan, interpretan y difunden los resultados de manera trimestral al comité permanente de control de infecciones de jefaturas del CHSJM, con el objetivo de agilizar estrategias para la toma de decisiones implementando planes de mejora según los resultados obtenidos en materias de IAAS.

**Almacenamiento elementos verificadores de vigilancia:** Formulario de vigilancia PCI (papel impreso) donde se realiza vigilancia, estas son archivadas por mes en carpeta de vigilancia epidemiológica que se encuentra separada por año, mes y trimestralmente se adjunta informe IAAS, sumatoria de invasivos (los

<sup>3</sup> Información aportada por planilla de sistema Rayen: nombre completo, Rut, servicio actual, cama, estadía, perfil ingreso (medicina o cirugía) y origen de procedencia.

cuales son enviados por servicios clínicos y sumados por la EU IAAS), listado de IAAS notificadas por servicios clínicos y listado de examen microbiológico. En caso de desarrollarse un brote se adjunta informe y actas de reuniones (PCI, dirección del establecimiento, equipo directivo y jefatura del servicio clínico afectado).

Durante los meses de abril y septiembre se adjunta la vigilancia de la sensibilidad antimicrobiana (enviada por correo desde laboratorio del CHSJM).

**Profesional a cargo de vigilancia:** La vigilancia es un **proceso activo** donde el profesional capacitado, Enfermera de IAAS<sup>4</sup> con horas asignadas, revisa sistemáticamente, una vez a la semana, se desplaza presencialmente a servicios clínicos, revisa formularios de indicaciones médicas, formulario de plan de enfermería, resultados de laboratorio, historias clínicas, comparando hallazgos clínicos y de laboratorio con definiciones estandarizadas.

**Por proceso pasivo:** Desde laboratorio mediante correo informan a EU PCI los resultados de muestras confirmadas por ISP u otro ARAISP, Laboratorio informa mediante teléfono a servicio clínico dando alerta a personal clínico.

EU PCI con esta información realiza vigilancia activa de pacientes colonizados o con resultado microbiológico ARAISP.

Se denomina **selectiva**, ya que no se vigilan todos los factores de riesgo, en la institución se realiza la vigilancia de la presencia de dispositivo invasivo Catéter Urinario Permanente, en la búsqueda de Infección Urinaria (ITU/CUP) e Infección en torrente sanguíneo asociado a CVC (ITS/CVC) en adultos hospitalizados, donde presenta medidas prevenibles, además de síndromes clínicos (SARS CoV2 y SDA/CD).

**Reporte de resultados de vigilancia:** Se reportan en plataforma Minsal, SICARS, rango hasta 10 días de cada mes posterior al mes vigilado, para pesquisar y analizar IAAS notificadas. El médico del PCI realiza el proceso de validación de información los 15 primeros días del mes siguiente y el director técnico es el responsable de finalizar el proceso de reporte de la información mensual de la VE a nivel central.

**Construcción de indicadores:** Para confeccionar indicadores institucionales, se solicita información mediante correo electrónico a los edificios de pacientes hospitalizados, donde las enfermeras clínicas envían base de dato de invasivos por servicios clínicos, se obtiene los días de exposición de dispositivos invasivos.

**Unidad de estadística:** envía por correo electrónico formulario: "Resumen estadístico mensual REM-20 Atención de hospitalizados y uso de camas por

<sup>4</sup> Exento N° 60. Norma técnica N°225 sobre Programas PCI. 26 de agosto 2022.

áreas funcionales”, donde se establece el total de día cama ocupado y el ingreso de pacientes por mes, de esta manera calcular indicadores con este dato.

**Base de datos:** En el computador de EU PCI, se maneja base de dato (Excel) donde se realiza la formulación de las tasas, tablas y gráficos por mes de acuerdo al protocolo de vigilancia por localización de servicio clínico.

**Reporte de informe de cultivos mensuales** es reportado por el Laboratorio de microbiología del CHSJM y en los meses de abril y septiembre se incorpora la sensibilidad antimicrobiana. El laboratorio envía por correo electrónico el reporte de agentes de importancia epidemiológica con el objetivo de aplicar medidas de control y prevención de infecciones.

**Notificación de las infecciones** será realizada por el PCI trimestralmente a Comité permanente de control de infecciones de jefaturas del CHSJM mediante informe trimestral que será enviado por correo institucional con las firmas de los elaboradores de informe y Subdirección médica (director técnico).

**2.4.2 Definiciones de Infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención de salud (IAAS) definidas para vigilancia en el CHSJM con sus respectivos criterios de notificación.**

- Presencia de dispositivos invasivos permanentes (DIP) en vigilancia de los Catéter Urinario Permanente (CUP) y Catéter Venoso Central (CVC) en pacientes adultos hospitalizados en medicina.
- Infección por agente de riesgo epidémico (AREpi) en pacientes hospitalizados en medicina:
  - ✓ Síndrome Diarreico Agudo por Clostridioides (Clostridium) difficile en pacientes adultos hospitalizados.
  - ✓ Infección por SARS-CoV-2 en pacientes adultos hospitalizados.

**a) Indicador de carácter Obligatorio: Infecciones del Tracto Urinario Asociados a Catéter Urinario Permanente en el adulto hospitalizado en medicina:** Incluye sepsis de foco urinario, infección urinaria.

**Exposición requerida**

Incluye catéter urinario permanente por más de dos días calendario desde su instalación al momento de inicio de los síntomas hasta un día calendario posterior a su retiro.

**Criterio de notificación**

a.- Paciente presenta al menos uno de los siguientes elementos sin otra causa identificada:

- Elemento 1: Fiebre igual o mayor a 38º C axilar.
- Elemento 2: Síntomas irritativos vesicales (Tenesmo Vesical, Urgencia Miccional, Polaquiuria, Disuria y Dolor suprapúbico)
- Elemento 3: Dolor costo vertebral a la palpación o espontáneo.
- Elemento 4: Alteración nueva del estado de conciencia en pacientes de 65 años o más.

Y

b.- Examen de sedimento de orina<sup>5</sup> con al menos uno de los siguientes:

- Leucocituria
- Presencia de placas de pus
- Presencia de piocitos

Y

c.- Cultivo de orina<sup>6</sup> con no más de dos microorganismos, en el que al menos uno de ellos tiene recuento de más de 100.000 UFC/ml<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> En pacientes con CUP instalados por más de 15 días y con la sospecha de cursar ITU.CUP la muestra se debe tomar una vez retirado o tras cambio del CUP.

<sup>6</sup> En caso de presentar dos microorganismos con más de 100.000 UFC/ml, se debe decidir según epidemiología local, que se reporte en SICARS.

**Criterios de inclusión y exclusión DIP Minsal (CUP)- CHSJM.**

DIP	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
CUP	<p>1. Paciente adulto hospitalizado de medicina con CUP instalado por vía uretrovesical por más de dos días calendario.</p> <p>2. <u>Hospitalizado por una patología de causa médica.</u> O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente hospitalizado inicialmente para una cirugía. Y</li> <li>• Requiere manejo de una patología o descompensación de causa médica. Y</li> <li>• Hace una semana de su cirugía. Y</li> <li>• No tiene programada otra intervención quirúrgica.</li> </ul> <p>3. <u>Paciente de cirugía con CUP:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalizado por una patología que requirió o tiene programada una cirugía. O</li> <li>• Hospitalizado inicialmente por causa de patología médica. Y</li> <li>• Requiere de una cirugía o ha sido intervenido hace menos de una semana.</li> </ul>	<p>1. Paciente usuario de catéter urinario permanente previa a la hospitalización debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patología urológica.</li> <li>• Neurológica- Neuroquirúrgica crónica.</li> <li>• Pendiente de resolución definitiva.</li> </ul>

**b) Indicador de carácter Obligatorio: Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central en adultos hospitalizados en Medicina incluye septicemia, bacteriemia, sepsis**

**Exposición requerida**

Incluye: presencia de Catéter Venoso Central por más de 1 día calendario desde su instalación al momento de inicio de los síntomas o hasta 1 día calendario posterior a su retiro, independiente de la edad del paciente.

**Criterio**

El paciente tiene al menos uno de los siguientes elementos:

Elemento 1: Fiebre igual o mayor a 38 °C axilar

Elemento 2: Hipotermia igual o menor a 36 °C axilar

Elemento 3: Hipotensión

Elemento 4: Taquicardia o bradicardia

Elemento 5: Apnea en pacientes menores de un año

Elemento 6: Eritema y exudado en sitio de inserción del CVC

Y

Al menos uno de los siguientes:

b1.- Detección<sup>8</sup> en uno o más set de hemocultivos<sup>9</sup> periféricos de un microorganismo patógeno no relacionado con otra infección activa en otra localización por el mismo agente.

O

b2.- Detección de microorganismo comensal<sup>10</sup> en al menos dos sets de hemocultivos periféricos tomados en sitios anatómicos diferentes no relacionado con otra infección activa en otra localización por el mismo agente.

O

b3.- Detección de microorganismo comensal en al menos un set de hemocultivos periféricos y en cultivo de punta de catéter<sup>11</sup> retirado por sospecha clínica de infección, no relacionado con otra infección activa en otra localización por el mismo agente<sup>12</sup>.

<sup>8</sup>La detección de microorganismos patógenos como comensales, puede ser realizada por técnicas habituales o moleculares.

<sup>9</sup>Dos hemocultivos por cada set corresponden al resultado de la botella o las botellas obtenidas desde una misma punción.

<sup>10</sup>Agentes comensales comunes: diferoideos (*Coryebacterium spp.*), *Bacillus spp.*, *Cutibacterium spp.*, *Staphylococcus coagulasa negativos* (incluyendo *S. epidermidis*), *Streptococcus del grupo viridans*, *Aerococcus spp.*, *Micrococcus spp.* y *Rhodococcus spp.*

<sup>11</sup>No se considera superior o prioritario por sobre los otros componentes del elemento b.

<sup>12</sup>Las técnicas con toma de hemocultivos periféricos y por CVC con tiempo diferencial de positividad o hemocultivos cuantitativos se pueden utilizar como apoyo para decidir localización de infección (ayuda a determinar si cumple elementos b1 o b2).

**Criterios de inclusión y exclusión DIP Minsal (CVC).**

DIP	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<b>CVC</b>	<p>Paciente adulto hospitalizado en medicina en cualquier dependencia del recinto con al menos uno de los siguientes accesos vasculares centrales instalados o en uso por más de un día calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CVC instalados cerca del corazón o que su punta este en el lumen de un gran vaso sanguíneo</li> <li>• Se considera en uso, aquellos CVC por los que se infunden soluciones, administración de fármacos y soluciones continuas e intermitentes y también aquellos por lo que se realiza toma de muestras.</li> </ul>	<p>1. Los siguientes casos no se considerarán en la vigilancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Catéter Central vía femoral.</li> </ul>

**c) Indicador de carácter Obligatorio: Síndrome Diarreico Agudo por Clostridioides (Clostridium) difficile en pacientes adultos hospitalizado en Medicina (SDA/CD).**

**Exposición requerida**

Incluye: Pacientes adultos con estadía mayor a dos días calendario desde su ingreso hospitalario sin importar en la unidad o servicio clínico donde se encuentre hospitalizado, u hospitalización igual o menor de dos días calendario con antecedente de haber estado hospitalizado durante al menos un día calendario en la misma habitación o en el servicio clínico (donde se comparte baño) que otro caso confirmado.

**Criterio I de notificación.**

a.- Paciente presenta al menos uno de los siguientes elementos.

- Elemento 1: Presencia de más de una deposición líquida en 12 horas.
- Elemento 2: Presencia de tres o más deposiciones disagregadas o líquidas en 24 horas.
- Elemento 3: Megacolon tóxico sin otra etiología conocida.

Y

b.- Muestra de deposición positiva a toxina de *C. difficile* por cualquier técnica de laboratorio, o aislamiento de cepa productora de toxina detectada en deposición por cultivo u otro medio incluida biología molecular (PCR u otra)<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Test GDH (deshidrogenasa glutámica) por sí solo no es diagnóstico de laboratorio de infección por *C. difficile*, pues puede detectar el agente, pero no si es productor de toxina.

**Criterio II de notificación.**

Paciente presenta colitis pseudomembranosa diagnosticada por endoscopía digestiva baja<sup>14</sup>cirugía, o estudio histopatológico sin otra causa determinada.  
Ejemplo:

a	Paciente tiene deposiciones líquidas a las 7 AM y luego a las 5 PM y una muestra de deposición positiva a toxina A de <i>C. difficile</i> .	Se cumple el criterio de más de una deposición líquida en 12 horas e identificación del agente.
b	Paciente tiene una deposición líquida a las 7 AM y luego disgregadas a las 5 PM y otra deposición líquida a las 9 PM además de una muestra de deposición positiva a toxina A de <i>C. difficile</i> .	Se cumple el criterio de 3 deposiciones líquidas o disgregadas en 24 horas e identificación del agente.
c	Paciente tiene una deposición líquida a las 7 AM y luego disgregadas a las 5 PM. A las 8 AM del día siguiente tiene deposiciones sólidas, además de una muestra de deposición positiva a toxina A de <i>C. difficile</i> .	No se cumple el criterio de más de tres deposiciones líquidas (1) más disgregadas (2) en 24 horas independiente de la identificación del agente.
d	Paciente tiene deposiciones líquidas a las 7 AM y luego a las 5 PM y una muestra de deposición positiva a GDH sin toxina de <i>C. difficile</i> .	No es caso. Se cumple el criterio de más de una deposición líquida en 12 horas, pero no la identificación del agente productor de toxina.

**Criterios de inclusión y exclusión de pacientes para vigilancia de AREpi CHSJM (CD)**

Síndrome	Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Enfermedad diarreica aguda por <i>C. difficile</i> en adultos hospitalizados en Medicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulto hospitalizado por más de dos días calendario.</li> <li>▪ Hospitalización menor a dos días, con contacto de un paciente con diarrea por <i>C. difficile</i>.</li> </ul>	Antecedente de haber cursado infección por el mismo agente en las últimas 8 semanas.

<sup>14</sup> Solo como hallazgos en colonoscopias indicadas por otras causas. No debe realizarse endoscopia en pacientes con sospecha de colitis pseudomembranosa.

**d) Indicador de carácter Obligatorio: Infecciones por SARS COV<sup>15</sup> en adultos hospitalizados en Medicina**

**Exposición requerida:**

Incluye: Adulto hospitalizado por más de dos días calendario.

**Criterio I.<sup>16</sup>**

Pacientes con más de diez días de hospitalización y

- a. Aparición de al menos tres de los siguientes elementos:

- Elemento 1: Fiebre igual o mayor a 37,8 °C axilar.
- Elemento 2: perdida brusca y completa del olfato (Anosmia)
- Elemento 3: perdida brusca y completa del gusto (Ageusia).
- Elemento 4: Tos o estornudos.
- Elemento 5: Congestión nasal.
- Elemento 6: Disnea o dificultad respiratoria.
- Elemento 7: Taquipnea.
- Elemento 8: Odinofagia.
- Elemento 9: Mialgia.
- Elemento 10: Debilidad general o fatiga.
- Elemento 11: Dolor torácico.
- Elemento 12: Calofríos.
- Elemento 13: Diarrea.
- Elemento 14: Anorexia o nauseas o vómitos.
- Elemento 15: Cefalea.

Y

- b. Al menos uno de los siguientes resultados de laboratorio:

- Prueba PCR para SARS-CoV-2 positiva.
- Detección de antígenos para SARS-CoV-2 positiva.

O

- c. Tomografía de tórax con opacidades bilaterales múltiples en vidrio esmerilado, con distribución pulmonar periférica y baja sin otra causa conocida.

**Criterio II**

Paciente que en un periodo comprendido entre uno y 10 días posterior al último contacto<sup>17</sup> con un caso confirmado presenta.

<sup>15</sup> Circular C37 N° 02, Actualización de definiciones y criterios de notificación de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) para la vigilancia epidemiológica. Subsecretaría de redes asistenciales. 20 de enero 2023.

<sup>17</sup> Para fines de la vigilancia se definirá como contacto el haber estado en la misma habitación, o en el mismo servicio clínico (si se trata de servicios clínicos en los cuales las habitaciones comparten baño) que otro caso

a. Aparición de al menos **tres** de los siguientes elementos

- Elemento 1: fiebre igual o mayor a 37,8 °C axilar.
- Elemento 2: perdida brusca y completa del olfato (Anosmia)
- Elemento 3: perdida brusca y completa del olfato (Ageusia).
- Elemento 4: Tos o estornudos.
- Elemento 5: Congestión nasal.
- Elemento 6: Disnea o dificultad respiratoria.
- Elemento 7: Taquipneea.
- Elemento 8: Odinofagia.
- Elemento 9: Mialgia.
- Elemento 10: Debilidad general o fatiga.
- Elemento 11: Dolor torácico.
- Elemento 12: Calofríos.
- Elemento 13: Diarrea.
- Elemento 14: Anorexia o náuseas o vómitos.
- Elemento 15: Cefalea.

Y

b. Resultado de al menos **uno** de los siguientes resultados de laboratorio:

- Prueba PCR para SARS-CoV-2 positiva.
- Detección de antígenos para SARS-CoV-2 positiva.

#### **Criterios de inclusión y exclusión de pacientes para vigilancia de AREpi CHSJM (SARS CoV2)**

Síndrome	Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Infección respiratoria por SARS CoV-2 en el adulto	Adulto hospitalizado por más de dos días calendario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente COVID-19 al ingreso.</li> <li>• Paciente con antecedente de COVID-19 en los últimos 90 días.</li> </ul>

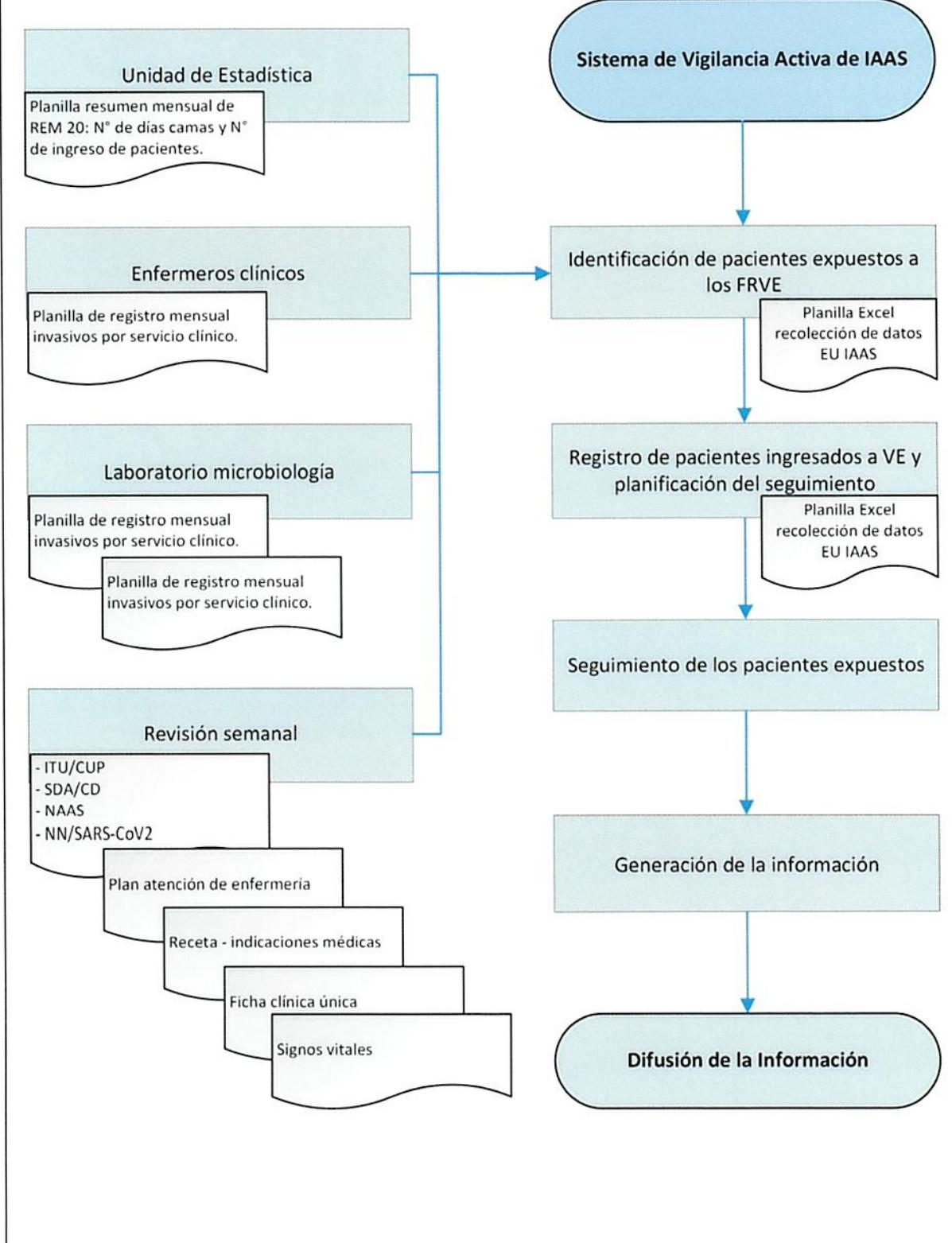
### **3. DEFINICIONES**

- **ARAISP:** Agentes de Resistencia a los Antimicrobianos de Importancia en Salud Pública.
- **AREpi:** Agente de Riesgo Epidemiológico.
- **CRAC:** Centro de Responsabilidad de Atención Cerrada.
- **CRAA:** Centro de Responsabilidad de Atención Abierta.
- **DIP:** Dispositivo Invasivos Permanentes.
- **CHD:** Catéter de hemodiálisis.

confirmado durante al menos un día calendario. Esta definición podrá modificarse localmente durante el estudio de brote en los establecimientos si el PCI lo estima conveniente.

- **Equipo de Prevención y Control de Infecciones (EPCI):** Están constituido por un médico de IAAS, una Enfermera y el profesional de Microbiología.
- **IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- **ITU/CUP:** Infección del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente.
- **ITS/CVC:** Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central.
- **IR:** Infección Respiratoria.
- **MINSAL:** Ministerio de Salud de Chile.
- **NAAS:** Neumonía Asociadas a la Atención de Salud.
- **Periodicidad de la Vigilancia Epidemiológica:** se mantendrá los 12 meses del año, semanal, se debe velar la continuidad en la vigilancia.
- **PCI:** Programa Control de infecciones.
- **SICARS:** Sistema de Información de calidad de atención y resultados sanitarios.
- **UFC:** Unidades Formadoras de Colonias por mililitros.
- **VE:** Vigilancia Epidemiológica.
- **Etapas de la vigilancia:**
  - ✓ Definición de infecciones asociadas a la Atención de Salud definidas para vigilancia.
  - ✓ Definición de los métodos: activo y pasivo de la VE.
  - ✓ Consolidación y análisis.
  - ✓ Difusión de los resultados a los que deben tomar las decisiones.
- **Significado de conjunciones:**
  - ✓ Conjunción Y: todos los elementos mencionados deben cumplirse.
  - ✓ Conjunción O: basta que uno de los elementos esté presente para cumplir el criterio.

#### 4. Diagrama de flujo:



**5. Documentos relacionados:**

- Circular N°3F/189, Manejo de los brotes de infecciones gastrointestinales intrahospitalarios en servicios de Pediatría. 26 de octubre de 1987.
- Circular C/08, Notificación de brotes epidémicos de IIH. 24 de octubre del 2006.
- Ord. C13/N° 2930, Informa modificaciones de la vigilancia de IIH necesarias para la puesta en marcha del proyecto SICARS/SICARS y O. Minsal, 30 de octubre del 2007.
- Norma N°124, sobre programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Minsal, 24 de octubre 2011.
- Circular N°11, Norma técnica sobre prevención y control de infecciones: vigilancia nacional de resistencia a los antimicrobianos en bacterias que pueden producir infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). 28 de mayo del 2012.
- Circular N°13, Instruye sobre roles para el uso del programa computacional de envío de información de las IAAS-SICARS. Minsal, 3 de agosto del 2012.
- Ley N° 20584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Minsal, 1 de octubre del 2012.
- Circular N°08, Indicaciones para el manejo de infecciones por *Clostridium difficile* en pacientes hospitalizados. 7 de mayo del 2012.
- Ordinario C13/N°171, Sistema de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias 1998. Modificaciones y aclaraciones sobre la vigilancia de IAAS. 18 de enero del 2013.
- Ord. C13, Norma para el manejo de brotes de diarreas por *Clostridium difficile*. Minsal, 24 de septiembre del 2013.
- Circular C13N°1, Normas sobre supervisión en casos de prolongación, reaparición o repetición de brotes epidémicos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), 16 de enero del 2015.
- Circular C13/N°3, Aclaraciones sobre sistema de vigilancia de IAAS: Denominadores a utilizar en la elaboración de indicadores. 6 de febrero del 2015.
- Circular C13 N°2. Instrucciones para evaluar la sensibilidad de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) mediante el estudio de prevalencia. 6 de febrero del 2015.
- Manual de definiciones y criterios de notificación de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) para la vigilancia epidemiológica, diciembre 2016.
- Manual del instrumento de "Evaluación de elementos básicos de programas de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Versión febrero 2016.

- Circular C13N° 06: Definiciones y criterios de notificación de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) Para la vigilancia epidemiológica. Minsal, 6 diciembre 2016.
- Sistema de vigilancia activo de infecciones asociadas a la atención en salud. Versión N°5, Página 1-38. enero 2017.
- Exento N°132, Norma técnica N° 0203 sobre Contención de diseminación de agentes con resistencia a los antimicrobianos de importancia en salud pública (ARAISP) en establecimientos cerrados de Salud. 7 de noviembre del 2018.
- Circular C37N°04, Instruye incorporar a Cándida auris como un agente con resistencia a los antimicrobianos de importancia en salud pública. 15 de mayo del 2019.
- Modifica norma técnica N°175 sobre "Vigilancia nacional de resistencia a los antimicrobianos en agentes que pueden producir infecciones asociadas". Exento N°16. 12 marzo del 2019.
- Pauta de Cotejo, Manual de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
- Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
- Compendio de Circulares que instruyen a las entidades acreditadoras sobre la interpretación de las normas del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud, Intendencia de Prestadores de Salud, Superintendencia de Salud, Versión N° 05, octubre 2020.
- Circular C37, Envía indicadores de referencia de infecciones asociadas a la atención en salud vigentes. Subsecretaría de redes asistenciales<sup>18</sup>.
- Circular C37 N° 08, Actualización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS). Subsecretaría de redes asistenciales. 14 de diciembre 2021.
- Actualización de definiciones y criterios de notificaciones de IAAS para la Vigilancia Epidemiológica. Subsecretaría de redes asistenciales. 28 de diciembre 2021.
- Circular C37 N°02. Actualización de definiciones y criterios de notificaciones de IAAS para la Vigilancia Epidemiológica. Subsecretaría de redes asistenciales. 20 de enero 2023.
- Circular C37 N° 06, 28 abril 2023, Modificaciones y precisiones a la actualización del sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS. V2.
- Oficio CP N° 14441/2024, Preguntas frecuentes y aclaraciones, Sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS. Definiciones y criterios de notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica. Subsecretaría de redes asistenciales. Programa Nacional de Control de Infecciones (PNCI)

<sup>18</sup> La Circular C37 de indicadores de referencia de infecciones asociadas a la atención en salud vigentes, es de reporte anual desde el 2011 hasta la fecha.

**6. Registros:**

- Planilla de papel para realizar en terreno la vigilancia.
- Planilla digital de vigilancia.
- Informes trimestrales.
- Base de datos de invasivos enviado por servicios clínicos.
- Informes del Laboratorio CHSJM.
- Planilla: Resumen estadístico mensual REM-20 Atención de hospitalizados y uso de camas por áreas funcionales.
- SICARS.

**7. Distribución y difusión del documento:**

- Director(a) del Complejo Hospitalario San José de Maipo.
- Subdirector(a) Administrativo(a).
- Subdirector(a) médico(a).
- Médico jefe del programa de Prevención y Control de infecciones.
- Enfermera del programa de Prevención y Control de infecciones.
- Tecnólogo médico del Programa de Prevención y Control de infecciones.
- Jefatura de centro de Responsabilidad de Atención Cerrada.
- Jefatura de centro de Responsabilidad de Atención Abierta.
- Jefatura de centro de Responsabilidad de Unidades de Apoyo.
- Jefatura de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Jefatura de Coordinación de Gestión del Cuidado.
- Jefatura Unidad de Farmacia.
- Jefatura Unidad de Esterilización.
- Jefatura Unidad de Rehabilitación.
- Jefatura Unidad de Servicios Generales.
- Jefatura Unidad de Abastecimiento.
- Jefatura Unidad de Gestión y Desarrollo de las Personas.
- Jefatura Unidad de Prevención del Riesgo y Medio Ambiente.
- Jefatura Unidad de Control de Gestión y Desarrollo.
- Oficina de Partes del CHSJM.
- Auditoria.

### **8. Modificaciones del documento:**

<b>Código</b>	<b>Fecha Elaboración</b>	<b>Fecha Modificación</b>	<b>Breve Descripción</b>
<b>GCL 3.2 V01</b>	Mayo 2012	Enero 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer Indicador y procedimientos de la vigilancia.</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V02</b>	Agosto 2012	Agosto 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se agregan pautas de supervisión.</li> <li>• Indicadores con umbral del Minsal.</li> <li>• Flujograma.</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V03</b>	Mayo 2013	Mayo 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de acuerdo a Ord. N° 124 del Minsal.</li> <li>• Se elimina CVC</li> <li>• Se agrega Unidades de dental y Salud Ocupacional.</li> <li>• Se cambia formato de indicadores.</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V04</b>	Marzo 2016	Marzo 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se actualiza el sistema de vigilancia.</li> <li>• Se describe el Comité de IAAS.</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V05</b>	Enero 2017	Enero 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizan criterios de notificación de las IAAS.</li> <li>• Se agrega circular C13 del 06.12.2016</li> <li>• Se actualiza la frecuencia de vigilancia cada 15 días a semanalmente de los pacientes con riesgo y cálculo de tasas mensualmente con informes y análisis trimestrales.</li> <li>• Cambia la dependencia del PCI a la SDM.</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V06</b>	Febrero 2021	Febrero 2026	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cambia formato institucional.</li> <li>• Se elimina vigilancia asociada a lactantes.</li> <li>• Se elimina la organización del PCI.</li> <li>• Se modifica flujograma del sistema de vigilancia de IAAS.</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V07</b>	Marzo 2023	Marzo 2028	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización del sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS. 14 diciembre 2021.</li> <li>• Actualización de definiciones y criterios de notificaciones de IAAS para la Vigilancia Epidemiológica. 20 de enero 2023.</li> <li>• Obtención de planilla desde Rayen de pacientes hospitalizados.</li> <li>• Registro de información de vigilancia en papel.</li> <li>• Manejo ingreso información SICARS.</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V08</b>	Agosto 2023	Agosto 2028	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporación ITS/CVC</li> <li>• Ingreso información SICARS de este factor de riesgo.</li> <li>• Sistema vigilancia en IAAS 2023.</li> <li>• Modificación de Distribución y difusión.</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V09</b>	Enero 2024	Enero 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se agrega proceso Pasivo de Vigilancia Epidemiológica.</li> <li>• Se modifica el responsable de los indicadores</li> </ul>
<b>GCL 3.2 V10</b>	Noviembre 2024	Noviembre 2029	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se modifican las funciones de los responsables.</li> <li>• Se modifica el elemento verificar del sistema de vigilancia epidemiológica.</li> <li>• Se agrega el dispositivo invasivo CVC al sistema de vigilancia epidemiológica.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Actualización de criterios de inclusión y exclusión de CUP/DIP.</li><li>• Se agregan los criterios de inclusión y exclusión de CVC/DIP.</li><li>• Actualización de los criterios de inclusión y exclusión de CD/AREpi.</li><li>• Se elimina indicador de carácter opcional: Neumonías en adulto hospitalizado.</li><li>• Se elimina neumonía asociadas a ventilación mecánica.</li><li>• Se modifica umbral de cumplimiento de CVC a IRN.</li><li>• Se modifican los umbrales de cumplimiento a partir de mayo 2024 IRN en CD y SARS CoV-2.</li></ul>
--	--	--	---

## 9. Anexos

### 9.1 Anexo N° 1: Indicadores de carácter obligatorio

#### a) Infección del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente en paciente adulto hospitalizado en medicina

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Vigilancia de las infecciones en el tracto urinario asociado a catéter urinario permanente en pacientes adultos hospitalizados en Medicina.
<b>DESCRIPCIÓN O JUSTIFICACIÓN</b>	Establecer en el CHSJM una vigilancia activa de las IAAS en infecciones del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente, para asegurar una atención de calidad y segura en los pacientes hospitalizados de medicina.
<b>FÓRMULA</b>	Nº de infecciones del tracto urinario (ITU) en pacientes adultos con catéter urinario permanente (CUP)/Nº de días de exposición al uso de CUP en el periodo x 1000 días de exposición CUP
<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	<b>Fuente Primaria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro historia clínica.</li> <li>• Formulario de indicaciones médicas y de enfermería.</li> <li>• Registro días exposición de invasivos por enfermeras.</li> <li>• Registro de vigilancia de cultivos.</li> <li>• Registros de vigilancia activa.</li> </ul> <b>Fuente Secundaria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planilla Excel de recolección de datos profesional PCI.</li> <li>• Informes trimestrales de análisis de datos.</li> </ul>
<b>PERIODICIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro mensual en SICARS.</li> <li>• Informes trimestrales.</li> </ul>
<b>UMBRAL DE CUMPLIMIENTO</b>	Indicador de Referencia Nacional.
<b>METODOLOGÍA</b>	Mensualmente tras realizar la recolección de datos de las fuentes primarias nombradas en protocolo, se realiza tabulación de los datos, y posterior análisis de ellos, para realizar el informe que se notificara a SICARS.
<b>RESPONSABLE</b>	Profesional PCI
<b>PUNTOS DE VERIFICACIÓN</b>	Dirección

**b) Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central en adultos hospitalizados en Medicina**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Vigilancia de Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central (ITS/CVC) en adultos hospitalizados en Medicina.
<b>DESCRIPCIÓN O JUSTIFICACIÓN</b>	Establecer en el CHSJM una vigilancia activa de las IAAS en ITS/CVC en adultos hospitalizados, para asegurar una atención de calidad y segura en los pacientes hospitalizados en Medicina.
<b>FÓRMULA</b>	N° de adultos hospitalizados con CVC en el período/ total de N° de días de exposición al CVC en pacientes hospitalizados en el mismo período x 1000 días de exposición CVC.
<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	<p><b>Fuente Primaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro historia clínica.</li> <li>• Formulario de indicaciones médicas y de enfermería.</li> <li>• Registro de vigilancia de cultivos.</li> <li>• Registros de vigilancia activa.</li> </ul> <p><b>Fuente Secundaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planilla Excel de recolección de datos Profesional PCI.</li> <li>• Informes trimestrales de análisis de datos.</li> </ul>
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.
<b>UMBRAL DE CUMPLIMIENTO</b>	Indicador de Referencia Nacional.
<b>METODOLOGÍA</b>	Mensualmente tras realizar la recolección de datos de las fuentes primarias nombradas en protocolo, se realiza tabulación de los datos, y posterior análisis de ellos, para realizar el informe que se notificara a SICARS.
<b>RESPONSABLE</b>	Profesional PCI
<b>PUNTOS DE VERIFICACIÓN</b>	Dirección

**c) Síndrome Diarreico Agudo por Clostridioides (Clostridium) difficile en pacientes adultos hospitalizado en Medicina (SDA/CD).**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Síndrome Diarreico Agudo por Clostridioides (Clostridium) difficile en pacientes adultos hospitalizado en Medicina (SDA/CD).
<b>DESCRIPCIÓN O JUSTIFICACIÓN</b>	Establecer en el CHSJM una vigilancia activa de las IAAS en Síndrome diarreico agudo por Clostridium difficile en el adulto hospitalizado, para asegurar una atención de calidad y segura en los pacientes hospitalizados en medicina.
<b>FÓRMULA</b>	Nº de adultos hospitalizados con Síndrome diarreico agudo por <i>Clostridium difficile</i> en el periodo/ total de Nº de días camas ocupadas en adultos hospitalizados en el mismo período x 1000.
<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	<b>Fuente Primaria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro historia clínica.</li> <li>• Formulario de indicaciones médicas y de enfermería.</li> <li>• Registro de vigilancia de cultivos.</li> <li>• Registros de vigilancia activa.</li> </ul> <b>Fuente Secundaria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planilla Excel de recolección de datos profesional PCI.</li> <li>• Informes trimestrales de análisis de datos.</li> </ul>
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.
<b>UMBRAL DE CUMPLIMIENTO</b>	Indicador de Referencia Nacional.
<b>METODOLOGÍA</b>	Mensualmente tras realizar la recolección de datos de las fuentes primarias nombradas en protocolo, se realiza tabulación de los datos, y posterior análisis de ellos, para realizar el informe que se notificara a SICARS.
<b>RESPONSABLE</b>	Profesional PCI
<b>PUNTOS DE VERIFICACIÓN</b>	Dirección

**d) Infecciones por SARS COV2 en adultos hospitalizados en Medicina**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Infecciones por SARS COV2 en adultos hospitalizados en Medicina.
<b>DESCRIPCIÓN O JUSTIFICACIÓN</b>	Establecer en el CHSJM una vigilancia activa de las IAAS en Infección respiratoria por SARS CoV-2 en el adulto hospitalizado, para asegurar una atención de calidad y segura en los pacientes hospitalizados en medicina.
<b>FÓRMULA</b>	Nº de adultos hospitalizados con Infección respiratoria por SARS CoV-2 en el período/ total de Nº de días camas ocupadas en pacientes hospitalizados en el mismo período x 1000.
<b>FUENTE DE INFORMACION</b>	<p><b>Fuente Primaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro historia clínica.</li> <li>• Formulario de indicaciones médicas y de enfermería.</li> <li>• Registro de vigilancia de cultivos.</li> <li>• Registros de vigilancia activa.</li> </ul> <p><b>Fuente Secundaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planilla Excel de recolección de datos profesional PCI.</li> <li>• Informes trimestrales de análisis de datos.</li> </ul>
<b>PERIODICIDAD</b>	Mensual.
<b>UMBRAL DE CUMPLIMIENTO</b>	Indicador de Referencia Nacional.
<b>METODOLOGÍA</b>	Mensualmente tras realizar la recolección de datos de las fuentes primarias nombradas en protocolo, se realiza tabulación de los datos, y posterior análisis de ellos, para realizar el informe que se notificara a SICARS.
<b>RESPONSABLE</b>	Profesional PCI
<b>PUNTOS DE VERIFICACIÓN</b>	Dirección

## 9.2 Anexo 2: aclaraciones de la normativa

### Identificación de pacientes expuestos a DIP.

- a) Búsqueda de información descrita en documento.
- b) Observaciones de acuerdo a definición de caso, o criterios de VE.
- c) Fechas de las IAAS: cuando se identifica signos, síntomas, resultados de parámetros inflamatorios y microbiológicos.
- d) Asignación de una IAAS: será el segundo día de hospitalización al interior del establecimiento.
- e) Regla para asignar una IAAS en caso de múltiples traslados con DIP de un servicio a otro: el servicio que deriva el paciente se adjudica el día del traslado como el último día del manejo del DIP, independiente de la hora del movimiento del paciente y el servicio que reciba inicia contabilización del seguimiento como día uno del uso del DIP, a partir del día siguiente del traslado. En resumen, se asignará como servicio de origen de la infección al primer servicio donde estuvo hospitalizado el día anterior a la fecha de la infección.
- f) Tiempo latencia de una IAAS: Corresponde al período de 14 días desde la fecha del diagnóstico de una infección en la cual se detecta nuevos agentes con el mismo foco, se atribuye a la misma infección y no a una nueva.
  - Si en el periodo aparece un nuevo foco de infección por el mismo agente se atribuye como infección secundaria a la primera infección.
  - Si en el periodo aparece un nuevo foco de infección con distinto agente, se debe evaluar si corresponde a una nueva infección.

### **Identificación de pacientes para la vigilancia de AREpi.**

Esta vigilancia está dirigida a pacientes hospitalizados que adquieren una infección por un microorganismo de riesgo epidémico durante la estadía en el CHSJM. De tal manera conocer la endemia y detectar precozmente brotes asociados a ellos.

**Tabla N° 1. Identificación de pacientes para la vigilancia de AREpi CHSJM**

<b>METODO PARA IDENTIFICAR PACIENTE</b>		
Enfermedad diarreica aguda por <i>C. difficile</i> en adultos hospitalizados	Búsqueda en laboratorio de solicitudes y resultados de toxinas de <i>C. difficile</i> en pacientes adultos (médico-quirúrgico)	Búsqueda activa en visitas programadas a los servicios clínicos de pacientes hospitalizados que cursen con cuadro diarreico de causa infecciosa.
Infección respiratoria por SARS CoV-2 en el adulto hospitalizado	Búsqueda en laboratorio de solicitudes y resultados de RT-PCR y antígeno en pacientes adultos (médico-quirúrgico) para SARS CoV-2	Búsqueda activa en visitas programadas a los servicios clínicos de pacientes hospitalizados que cursen con sospecha de cuadro respiratorio (COVID-19)

**Tabla N°2.Criterios de inclusión y exclusión de pacientes para vigilancia de AREpi CHSJM**

Síndrome	Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Enfermedad diarreica aguda por <i>C. difficile</i> en adultos hospitalizados en Medicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulto hospitalizado por más de dos días calendario.</li> <li>▪ Hospitalización menor a dos días, con contacto de un paciente con diarrea por <i>C. difficile</i>.</li> </ul>	Antecedente de haber cursado infección por el mismo agente en las últimas 8 semanas.
Infección respiratoria por SARS CoV-2 en el adulto	Adulto hospitalizado por más de dos días calendario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente COVID-19 al ingreso.</li> <li>• Paciente con antecedente de COVID-19 en los últimos 90 días.</li> </ul>

### **Registro de pacientes para vigilancia de AREpi:**

- Los equipos de los PCI locales solicitarán a laboratorio:
  - Solicitudes y resultados de SARS CoV2 (PCR o antígeno).
  - Resultado de estudio microbiológico de deposiciones.
  - Resultado de prueba de detección viral u otra técnica de laboratorio a un patógeno viral respiratorio con resultado positivo.
  - Resultado de detección de toxina para *C. difficile* o PCR.
- Los equipos de PCI acceden por sistema para recuperar resultados de laboratorio del CHSJM.
- Búsqueda activa de pacientes: con cuadro diarreico o respiratorio.

- d) Selección de los pacientes que cumplan las siguientes condiciones:
- Adultos hospitalizados.
  - Tener más o igual a dos días de hospitalización al momento de inicio de los síntomas.
  - Si existe patógeno identificado, se descarta que estaba en incubación al momento del ingreso al recinto de salud.
- e) Aplicación del tiempo de incubación:

Escenario 1	Caso único	El inicio de los síntomas ocurre dentro del periodo de incubación considerando la fecha de admisión.	Caso comunitario
Escenario 2	Caso único	El inicio de los síntomas se presenta sobre pasando el periodo máximo de incubación considerando la fecha de admisión al hospital.	Caso IAAS
Escenario 3	Caso que coincide con otros pacientes hospitalizados con la misma infección	El inicio de los síntomas ocurre durante el periodo de incubación desde el momento que fue sospecha o contacto con otro paciente hospitalizado por la misma infección.	Caso IAAS.

#### Consideraciones técnicas para la VE de AREpi:

- a) Paciente hospitalizado en un servicio clínico por más de un día calendario, la infección es del servicio donde se encuentra hospitalizado, considerar: agente, tiempo de incubación y la existencia de otros pacientes con el mismo agente.
- b) Por motivo medico se detecta un cuadro viral dentro de los 10 días del diagnóstico y este resulta positiva al mismo agente, se considerará asociada al cuadro inicial y no como una nueva infección.
- c) Si dentro de los 10 días el paciente presenta a lo menos tres días de mejoría y cursa descompensación de tipo infeccioso de igual o distinto foco con aislamiento de distinto agente, se considera nueva infección.
- d) Paciente adulto con infección por *C. difficile*, las recidivas de diarrea dentro de las ocho semanas de una infección detectada se consideran parte del mismo proceso infeccioso y no una nueva infección.
- e) Paciente adulto hospitalizado por más de dos días con antecedentes de infección por *C. difficile* tratada, con más de 4 semanas asintomático, que presenta cuadro diarreico con detección de toxina a *C. difficile* se reporta como una nueva IAAS por el mismo agente.
- f) En el caso de SARS- CoV-2, si por motivos de seguimiento se realiza una nueva detección viral al paciente dentro de los 90 días del diagnóstico y este resulta positiva al mismo agente, se considera asociada al cuadro inicial y no una nueva infección.
- g) En infecciones por AREpi, el rango de del periodo de incubación será:
  - Frente a un caso aislado: rango mayor.

- Sospecha de infecciones cruzadas, estudios de aglomerados o brote (nexo epidemiológico): rango más corto.

**Tabla N°3. Agentes virales respiratorios frecuentes y periodo de incubación**

<b>Agentes Virales</b>	<b>Período de incubación</b>
<i>Virus respiratorio sincicial</i>	1 a 3 días
<i>Adenovirus</i>	2 a 14 días
<i>Virus Influenza A y B</i>	1 a 4 días
<i>Virus parainfluenza</i>	2 a 7 días
<i>Metapneumovirus</i>	3 a 6 días
<i>Rinovirus</i>	48 horas
SARS CoV-2	1-14 días

**Tabla N°4. Agentes patógenos entéricos frecuentes y periodo de incubación**

<b>Agentes</b>	<b>Período de incubación</b>
<i>Escherichia coli</i> entero patógena	9 a 12 horas
<i>Shigella</i>	1 a 7 días
<i>Rinovirus</i>	24 a 72 horas
<i>Norovirus</i>	24 a 48 horas
<i>Adenovirus</i> entérico	3 a 10 días
<i>Salmonella typhimurium</i>	3 a 5 días
<i>Salmonella paratyphi</i>	1 a 10 días

#### **Generación de la información de VE de pacientes con DIP:**

En la vigilancia de infecciones que se asocian a DIP, se requiere el cálculo de tasas o densidad de incidencia<sup>19</sup>

El análisis evalúa la tendencia en el tiempo de cada uno de los indicadores establecidos, al igual que la comparación con indicadores de referencia nacional o local.

- El cálculo de tasas específicas se realizará mensualmente.
- Se efectuarán los registros al término de cada mes, informe y análisis que resuma la información Trimestral y anual.
- El informe anual se comparará con resultados de años anteriores y contendrá todas las recomendaciones pertinentes a fin de orientar a cada servicio sobre los programas de intervención para la prevención y control de las IAAS del año siguiente.

<b>Tasa de incidencia de las IAAS asociadas a los DIP</b>	Nº de IAAS por tipo de DIP/ Días de uso por tipo de DIP en el período X1000
<b>Incidencia acumulada de las IAAS</b>	Nº IAAS/ Días de uso por tipo de DIP en el período X1000
<b>Promedio de tiempo de exposición a los DIP por paciente</b>	Nº de días de DIP/ Nº pacientes vigilados

<sup>19</sup> Circular C37 N°8, Página 32, "Velocidad con la cual aparece la infección en una población susceptible considerando una exposición a condiciones de riesgo que se sostienen en el tiempo (DIP) en un lugar y momento determinado".

### Generación de la información de VE de pacientes con AREpi

- Este tipo de VE, los pacientes expuestos son los pacientes hospitalizados en cada período.
- Se requerirá los días camas ocupados de pacientes adultos hospitalizados o los días de hospitalización (corresponderán al denominador del indicador), los cuales serán solicitados al SOME (censo).
- Formula de tasas:

<b>Tasa de incidencia</b>	Nº de IAAS por síndrome infeccioso por AREpi de paciente adulto hospitalizado/ Total de días camas ocupadas de paciente adulto hospitalizado en el período X1000
<b>SDA por CD en pacientes adultos hospitalizados</b>	Nº de SDA por CD en paciente adulto hospitalizado en el período/ Total de días camas ocupados de paciente adulto hospitalizado en el mismo período X 1000
<b>Infección respiratoria por SARS CoV-2 en pacientes hospitalizados</b>	Nº de IR por SARS CoV2 en paciente adulto hospitalizado en el período/ Total de días camas ocupados de pacientes adultos hospitalizados en el mismo período X 1000

### Estudio de brotes epidémicos<sup>20</sup>

En el caso de sospecha de brotes que se pesquisen durante la VE serán reportados a la plataforma SICARS.

El inicio es a partir de resultados del Laboratorio de Microbiología y de la VE.

La unidad de IAAS deberá seguir las siguientes fases en el estudio de un brote:

- Definición de caso.
- Comprobar la existencia de brote.
- Verificar el diagnóstico de casos.
- Buscar caso.
- Descripción de los casos.
- Elaboración de hipótesis.
- Medidas de intervención inmediata.
- Realizar estudio epidemiológico.
- Comprobar hipótesis.
- Medidas de control definitivas.
- Elaboración de informe escrito.

<sup>20</sup> Para mayor información referir página infecciones intrahospitalarias del Minsal:

- Circular N°3F/189, Manejo de los brotes de infecciones gastrointestinales intrahospitalarios en servicios de Pediatría. 26 de octubre 1987.
- Circular C/08, Notificación de brotes epidémicos de IIH. 24 de octubre 2006.
- Circular N°08, Indicaciones para el manejo de infecciones por CD en pacientes hospitalizados. 7 de mayo 2012.
- Circular C13N°1, Normas sobre supervisión en casos de prolongación, reaparición o repetición de brotes epidémicos de IAAS, 16 de enero 2015.

## Complementos del sistema de vigilancia de las IAAS

### A. Auditoria de mortalidad

El estudio corresponde a ITS/CVC. En caso de brote notificado en SICARS se debe realizar auditoria al existir fallecidos.

Categorías de clasificación de las muertes:

**Categoría 1:** la muerte fue causada por la IAAS.

**Categoría 2:** la IAAS contribuyó a la muerte sin ser la causa de ella.

**Categoría 3:** No hubo relación entre la IAAS y la muerte.

**Categoría 4:** Se desconoce la asociación entre la IAAS y la muerte.

En caso de dudas entre la opción 1 y 2, se preferirá la opción 2.

En caso de dudas entre la opción 3 y 4, se preferirá la opción 4.

La Unidad de IAAS analizará la mortalidad basada en la auditoría de casos. El informe se registra en forma mensual en el SICARS y es enviado en forma semestral a la Subdirección del Hospital.

### B. Vigilancia de resistencia a los antimicrobianos asociados con las IAAS

La resistencia a los antimicrobianos es un problema creciente y plantea una amenaza para la salud pública, la aparición de nuevas resistencias a los antimicrobianos y los mecanismos de resistencia presentes en las bacterias y la clonalidad, la vigilancia se convierte en una herramienta útil para la detección, estudio y manejo de brotes de infecciones, así como para decidir las medidas de prevención de la diseminación.

Durante la VE se registrará el agente, cantidad colonias, repercusión sistémica, endemia local y factores de estudio.

Siempre se considerará si es un Agente con mecanismos de Resistencia de Importancia en Salud Pública (ARAISP), siendo sospecha o confirmado por ISP. La información de la sensibilidad a los antimicrobianos se recolecta desde el año 1991 y se solicita durante el mes de abril y de septiembre. Se registra a través del sistema SICARS dos veces al año. Esta información se obtiene del Laboratorio de Microbiología.

Para cada uno de los agentes se envía información sobre el número de cepas estudiadas y la susceptibilidad a los antimicrobianos seleccionados por su importancia epidemiológica.

A efectos de la vigilancia a nivel nacional se obtiene información sobre agentes causales de IAAS: *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Candida* sp. Estos microorganismos se seleccionaron por su importancia

epidemiológica al ser frecuentemente aislados y porque poseen mecanismos de resistencia específicos a los antimicrobianos en uso.<sup>21</sup>

Con los datos se obtendrá un indicador de IAAS vigiladas que son por causa de un ARAISP. Formula:

$$\frac{\text{IAAS por ARAISP}}{\text{Nº de IAAS con ARAISP} / \text{Nº total de IAAS vigiladas}} \times 100$$

### C. Sensibilidad de la vigilancia (Prevalencia)

Para evaluar la capacidad del sistema de vigilancia que detecta infecciones, desde 1986 en Chile se realiza el "Estudio de sensibilidad de la vigilancia" que consiste en un estudio de prevalencia con el fin de conocer la confiabilidad de la información con que se trabaja.

Este estudio se realiza una vez al año, se programa un día, de carácter obligatorio, la información debe ser ingresada a la plataforma SICARS.

El conocer la sensibilidad del sistema permite ajustar los datos y detectar los casos nuevos de IAAS, lo que puede llevar a incorporar nuevos procedimientos y pacientes a la vigilancia rutinaria.

Objetivos de la evaluación de la sensibilidad de la vigilancia de IAAS son:

- Evaluar la capacidad de la vigilancia de identificar casos de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) y detectar grupos de pacientes hospitalizados en riesgo de presentar IAAS.
- Identificar nuevas IAAS que no siendo regularmente vigiladas en el programa pudiesen eventualmente requerir vigilancia.

#### Metodología:

Se realiza un estudio de prevalencia puntual, que consiste en detectar las infecciones y factores de riesgo en los pacientes hospitalizados en un día determinado y luego contar cuantos de estos se encuentran ya detectados por el sistema de vigilancia habitual.

#### Etapas del estudio:

##### a. Etapa de preparación:

<sup>21</sup> Para mayor información, referir a página infecciones intrahospitalarias Minsal con las siguientes circulares:

- Circular N°11, Norma técnica sobre prevención y control de infecciones: vigilancia nacional de resistencia a los antimicrobianos en bacterias que pueden producir infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). 28 de mayo del 2012.
- Exento N°132, Norma técnica N° 0203 sobre Contención de diseminación de agentes con resistencia a los antimicrobianos de importancia en salud pública (ARAISP) en establecimientos cerrados de Salud. 7 de noviembre 2018.
- Modifica norma técnica N°175 sobre "Vigilancia nacional de resistencia a los antimicrobianos en agentes que pueden producir infecciones asociadas". Exento N°16. 12 marzo del 2019.
- Circular C37N°04, Instruye incorporar a *Candida auris* como un agente con resistencia a los antimicrobianos de importancia en salud pública. 15 de mayo del 2019.

1. Seleccionar a principio de año laboral un mes entre marzo y noviembre para desarrollar el estudio, para evitar sesgo de vacaciones.
2. Seleccionar un día laboral al azar para el estudio.
3. Duración del estudio de recolección de información no mayor a dos días hábiles, de lunes a jueves.
4. Convocar a los participantes como recolectores de información.
5. Capacitación a profesionales que participaran en la recolección de información para el estudio, debe ser breve y no superior a un día de duración, que incluya los siguientes puntos:
  - Organización del trabajo en terreno.
  - Método de revisión de fichas.
  - Uso de formularios y registros.
  - Criterios diagnósticos de las IAAS de acuerdo con tipo de IAAS (definiciones operacionales y aplicación de definiciones)
  - Procedimientos frente a dificultades habituales: ausencia de fichas clínicas o exámenes de laboratorio, dudas en definiciones.

6. Instrumento para recolectar la información desde los registros clínicos:

Generales	Por paciente
Nombre del evaluador	Ficha clínica evaluada
Fecha de evaluación	Edad de paciente evaluado
Servicio evaluado	Sexo del paciente evaluado
	Presencia de factor de riesgo específico: ✓ Catéter urinario con 48 horas desde hospitalización.
	Tipo de IAAS activa observada: definición de síndrome clínico asociado a agente etiológico identificado.

7. Se sugiere una prueba piloto en un servicio clínico para evaluar condiciones y limitaciones de la matriz o mayor capacitación del equipo que recolectara la información.

**b. Etapa de recolección de la información:**

1. El medico de IAAS indicará hasta que hora se incluirá en la revisión, con el fin de evitar alteraciones en la medición de la sensibilidad.
2. Se constituyen los equipos de recolección de información en los servicios.
3. Solicitar número de pacientes hospitalizados de ese día, ficha clínica e información vinculada.
4. En caso de no encontrar ficha:
  - Consignar en registro situación y continuar con otro paciente.
  - Al finalizar la revisión de los pacientes, solicitar nuevamente la ficha.
5. Revisar fichas disponibles de los pacientes hospitalizados:
  - Se incluyen a la revisión todos los pacientes que tengan al menos de 24 horas de hospitalización en los últimos 30 días, se excluyen a

pacientes hospitalizados con menos de 24 horas, sin historia de hospitalización previa en la misma institución en los últimos 30 días.

- Se revisa información en ficha clínica entre el día del estudio y 5 días cronológicos previos.

**c. Etapa de la evaluación de la sensibilidad**, responder cuatro preguntas:

1. ¿Tiene el paciente un procedimiento de riesgo de IAAS de ser vigilado?
2. ¿Se encontraba el procedimiento de riesgo de IAAS en control por el sistema de vigilancia?
3. ¿Tiene el paciente una o más IAAS?
4. ¿Se encontraba cada IAAS notificada?

Para lo cual los pasos a seguir son:

1. Ordenar los listados recolectados en terreno.
2. Revisar caso a caso los registros del estudio y comparar cada uno de los registros obtenidos por el PCI mediante sistema de VE habitual identificando aquellos procedimientos que se encontraban debidamente detectados y monitorizados y cada IAAS que estaba debidamente notificada, verificando que exista concordancia con el paciente, síndrome clínico y agente etiológico.
3. En caso de dudas de clasificación en situaciones específicas (síndromes clínicos diagnosticados en espera de agente etiológico, modificación del diagnóstico de IAAS notificada originalmente identificada por evolución clínica) el equipo de IAAS debe fundamentar la decisión adoptada.

**d. Etapa de análisis de los resultados observados**

Los resultados obtenidos deben ser interpretados con cautela por las variaciones importantes como consecuencias del número reducido de infecciones. Se utilizan tres tipos de indicadores, los dos primeros son de interés local y el tercer de importancia nacional.

**Tipo 1. Indicadores de integridad de la información:**

Cobertura de revisión de fichas	Nº de fichas de pacientes disponibles que cumplen criterios inclusión para ser evaluadas durante la visita/ Total de pacientes hospitalizados que cumplen criterios de inclusión X100	Resultado ≥ 90%

**Tipo 2. Indicadores con interpretación de utilidad en nivel local:**

<b>Sensibilidad del PCI de vigilancia de población de riesgo</b>	Procedimiento de riesgo identificado durante el estudio que se encontraba en VE del PCI/Total de procedimientos de riesgo identificado en el estudio X 100	<b>Resultado <math>\geq 95\%</math></b>
<b>Sensibilidad de la vigilancia del PCI para IAAS</b>	Total de IAAS identificadas durante el estudio que se encontraban detectadas por el PCI/ Total de las IAAS identificadas en el estudio X 100	<b>Resultado <math>\geq 80\%</math></b>
<b>Sensibilidad de la vigilancia activa selectiva del PCI</b>	Total de IAAS asociadas a indicadores obligatorios de vigilancia identificada durante el estudio detectadas por el PCI/ Total de IAAS asociadas a indicadores obligatorios de vigilancia identificadas durante el estudio X100	<b>Resultado 100%</b>

**Tipo 3. Indicadores con interpretación de utilidad en nivel local:**

<b>Sensibilidad del PCI de vigilancia de población de riesgo</b>	Procedimiento de riesgo identificado durante el estudio que se encontraba en VE del PCI/Total de procedimientos de riesgo identificado en el estudio X 100	<b>Resultado <math>\geq 90\%</math></b>
<b>Sensibilidad global de la VE del PCI</b>	Total de IAAS identificadas durante el estudio que se encontraban detectadas por el PCI/ Total de las IAAS identificadas en el estudio X 100	<b>Resultado <math>\geq 80\%</math></b>
<b>Sensibilidad de la VE activa selectiva del PCI</b>	Total de IAAS asociadas a indicadores obligatorios de VE identificada durante el estudio detectadas por el PCI/ Total de IAAS asociadas a indicadores obligatorios de VE identificadas durante el estudio X100	<b>Resultado 90%</b>
<b>Sensibilidad de la VE en IAAS que no tienen vigilancia activa - selectiva</b>	Total de IAAS no asociadas a indicadores obligatorios de VE identificadas durante el estudio detectadas por el PCI/ Total de IAAS no asociadas a indicadores obligatorios de VE identificadas en el estudio X 100	<b>Resultado sin umbral</b>

**e. Etapa de Evaluación del sistema de vigilancia y publicación de la información:**

El CHSJM tiene la obligación de difundir al Minsal y a todos los centros de responsabilidad y servicios clínicos los cuales serán:

- Indicadores mensuales al Minsal en reporte en SICARS.
- Informes trimestrales con el resultado de la vigilancia y análisis comparativos de tendencias de los indicadores al Comité permanente de jefaturas de IAAS en el mes del cuatrimestre correspondiente.
- Informes de brotes una vez recopilada información suficiente para la implementación de medidas de control y un informe final cuando se haya controlado.

### **Especificidad de la vigilancia epidemiológica de las IAAS**

La especificidad del sistema de vigilancia será evaluada por el medico de control de infecciones por medio de metodología sistemática y estandarizada.

#### **Objetivos:**

1. Potenciar la observación estrictamente epidemiológica en el trabajo de la vigilancia de las IAAS.
2. Apoyar, dirigir y orientar a los profesionales responsables de la vigilancia en la aplicación de las definiciones nacionales, procesos y criterios epidemiológicos estandarizados en el trabajo de vigilancia de las IAAS.

#### **Metodología:**

- a. Médico a cargo del Programa de Control de Infecciones realizaré por segunda vez el proceso de vigilancia epidemiológica a algunos pacientes que se encuentren ya en vigilancia o hayan sido reportados y diagnosticados por alguna IAAS en el sistema de vigilancia del mes.
- b. Los casos serán seleccionados en forma aleatoria y no tendrá acceso a los criterios ni a los elementos que se identificaron por el profesional de vigilancia epidemiológica.
- c. Se espera que realice revisión de al menos un caso por semana con un tope de 4 casos por mes.
- d. El medico de PCI tendrá solo acceso a la siguiente información:
  - Nombre, Rut, N° de historia clínica del paciente.
  - Fecha de ingreso a la vigilancia de IAAS.
  - Tipo de dispositivo o procedimientos vigilados.
- e. Con esta información, medico procederá a realizar la vigilancia epidemiológica a los pacientes:
  - Revisará fuentes de información para la obtención de datos.
  - Registrará los elementos y criterios que identifique.
  - Realizara el diagnóstico.
- f. Una vez terminado cada proceso y efectuado el diagnóstico del caso, se realizará la revisión del caso comparando sus hallazgos con los obtenidos por el PVE que realizó el reporte en el sistema de vigilancia. Considerando al menos:
  - Los criterios diagnósticos de IAAS utilizados sean similares para identificar la infección.
  - Los elementos de infección se encuentren presentes en tiempo no superior a 5 días.
  - Los elementos inespecíficos utilizados para mantener seguimiento.
  - Los elementos utilizados para descartar infección.

- g. Anualmente se calculará la proporción (%) de casos en que hubo coincidencia entre la identificación de las IAAS por el profesional de vigilancia y el médico. Si el resultado es igual o menos del 60% de coincidencias (similitud o que no se llegó al diagnóstico de las IAAS) será motivo de análisis y revisión del proceso de la vigilancia epidemiológica que se realizó por ambos observadores para identificar las diferencias y mejoras necesarias para el logro del objetivo que es agudizar y mantener la observación epidemiológica en este proceso de trabajo limitando al máximo la interferencia de la visual del equipo clínico en la toma de decisión.

### Evaluación del PCI en el CHSJM

#### a) Evaluación interna del Programa IAAS

Las actividades de la Unidad de IAAS se evaluarán en base a los siguientes indicadores:

- Porcentaje de cumplimiento de los meses de vigilancia.
- Porcentaje de cumplimiento del número de indicadores obligatorios vigilados.
- Porcentaje de normativas vigentes y actualizadas.
- Sensibilidad anual de la vigilancia.

#### b) Evaluación externa

La evaluación externa se realiza mediante la pauta de evaluación de elementos básicos del Programa IAAS. MINSAL, versión de febrero 2016.

### Consideraciones generales de la vigilancia<sup>22</sup>:

- Se considera primer día calendario de uso del DIP el día de ingreso al CHSJM.
- Se considera primer día calendario cuando se instala un DIP en el CHSJM.
- La temporalidad en el diagnóstico de una IAAS será como máximo de 5 días calendario, en la aparición del primer elemento, siempre y cuando cumpla con la definición de exposición requerida.
- La fecha de notificación de IAAS corresponde al día que aparece el primer elemento detectado, considerando la temporalidad de 5 días.
- Para el cálculo del denominador (días uso de DIP) se incluye a los pacientes que cumplen el criterio de inclusión.
- El numerador serán las IAAS diagnosticadas en pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

<sup>22</sup> Circular C37 N° 02, Actualización de definiciones y criterios de notificación de IAAS para la Vigilancia Epidemiológica. 20.1.23. Subsecretaría de redes asistenciales. (pág. N°2)

- Para considerar un DIP se debe considerar la exposición mínima de los criterios de inclusión desde el día uno. Este se considerará como aplicable a partir de enero 2025.
- Resultado de exámenes: se considera la fecha de toma del examen.
- Definición de caso: cuando cumple con la combinación de criterios de acuerdo al tipo de infección.
- Para efecto de la vigilancia epidemiológica, se debe cumplir los criterios y elementos como: signos, síntomas, resultados de laboratorio, etc.
- Paciente adulto: sujeto mayor de 15 años.
- Las definiciones que se utilizan en la vigilancia rutinaria, se pueden utilizar para el estudio y manejo de brotes de IAAS.

#### Catéter Venoso Central<sup>23</sup>:

- ✓ La exposición requerida para la vigilancia epidemiológica es por más de un día calendario de uso.
- ✓ El indicador incluye a pacientes con CVC con criterios de inclusión:
  - Adultos hospitalizados en medicina.
  - CVC instalados cerca del corazón o que punta este en el lumen de un gran vaso.
  - CVC de inserción periférica (PICC).
  - CVC de corta o transitorios o larga duración.
- ✓ Paciente con más de un CVC, corresponderá registrar cada CVC con fecha de inicio y término de uso durante la estadía hospitalaria. Los días de uso de cada CVC al que está expuesto el paciente sumaran para los días totales de exposición y uso al CVC, lo que corresponderá al denominador del indicador.
- ✓ Punción periférica del hemocultivo: toma de sangre periférica para realizar la identificación microbiológica de un agente.
- ✓ Con la toma de set periférico se puede realizar el diagnóstico de ITS/CVC (criterio epidemiológico).
- ✓ El cultivo de punta de catéter se puede utilizar para evaluar la hipótesis de bacteriemias atribuibles a otros focos de infección.

#### Catéter Urinario Permanente<sup>24</sup>:

- ✓ Pacientes ya hospitalizados y se transforman en usuarios permanentes a CUP, estos ingresan a VE hasta el alta.
- ✓ No Se vigilan:
  - Pacientes con trauma raquímedular usuario de CUP.
  - Pacientes con resección transuretral.

<sup>23</sup> Criterios de inclusión y exclusión de la vigilancia epidemiológica por DIP se encuentran en la pág. 14 y 15 de: Sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS, 2° versión, 2023

<sup>24</sup> La exclusión de paciente: usuario de CUP en domicilio antes de hospitalización, y, paciente con vejiga neurogénica que se instala CUP en la hospitalización que reingresa desde su domicilio.

- Pacientes con cáncer urológico.
- Pacientes con cateterismo intermitente previo a hospitalización.
- Si el paciente es usuario de cistostomía en domicilio y al ingresar al hospital se instala CUP (vía uretra vesical).
- Si el paciente se realiza cateterismo intermitente en domicilio y al ingresar al hospital se instala CUP (vía uretra vesical).
- Paciente con vejiga neurogénica se instala en el hospital CUP.
- Pacientes urológicos con obstrucción crónica de vía urinaria.
- Si paciente estuvo con CUP luego se retira y posterior a 7 días se instala un nuevo CUP, no se considera un nuevo paciente, es continuidad.
- Si en diagnóstico cuenta con criterios estandarizados, se notifica, aunque el agente sea alguna especie de levadura.
- El diagnóstico es epidemiológico y operacionales para estandarizar el proceso de vigilancia a nivel nacional.
- En pacientes con CUP instalados por más de 15 días, la muestra se debe tomar una vez retirado o tras el cambio de CUP, si se sospecha de ITU/CUP.

#### Vigilancia por agentes de riesgo epidémico (AREpi):

- ✓ Clostridioides difficile y SARS CoV-2: denominar es el total de días de camas ocupados de pacientes hospitalizados.
- ✓ Pacientes con infección por Clostridioides difficile, las recidivas de diarrea dentro de las 8 semanas de una infección detectada se considera parte del mismo proceso infeccioso y no como una nueva infección.
- ✓ Pacientes con infección por Clostridioides difficile, tratada con más de 4 semanas asintomático, que presenta nuevo cuadro diarreico con detección de toxina a Clostridioides difficile se considera como nuevo proceso infeccioso para fines de vigilancia epidemiológica (aun cuando sea una recidiva).
- ✓ Síndrome diarreico agudo por Clostridioides (Clostridium) difficile en adultos: se considera IAAS con toxina positiva.

#### Infecciones por SARS CoV-2 se considera:

- ✓ Más de 2 días calendario de hospitalización para ser vigilados.
- ✓ Inicio síntomas con 10 días para que se considere caso de COVID-19 intrahospitalario.
- ✓ En pacientes con exposición conocida, considera 1 a 10 días desde la exposición al último contacto con un caso confirmado.

### Indicadores vigilados por el programa control de infecciones (PCI) en el CHSJM

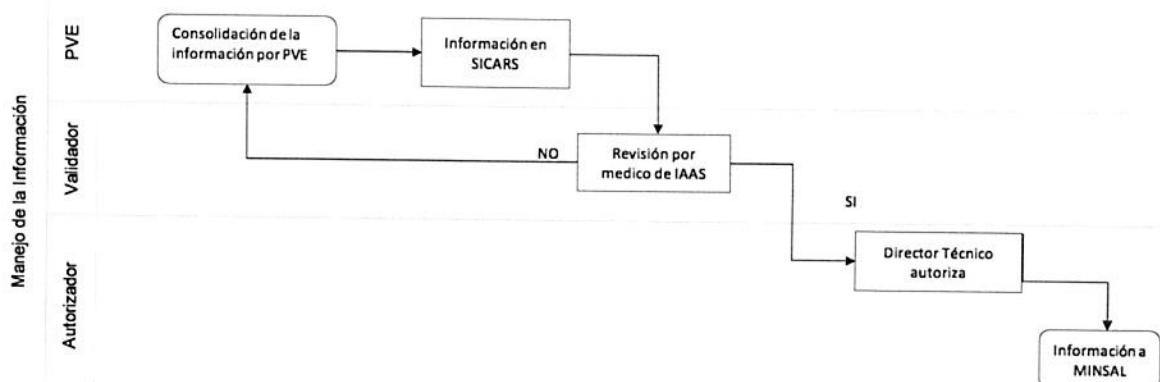
#### a) Indicadores obligatorios:

- Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario permanente en adultos Hospitalizado.
- Infección del Torrente Sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central.
- Síndrome diarreico agudo por *Clostridium Difficile* (CD) en adulto hospitalizado.
- Infección en adultos hospitalizados por SARS CoV-2.

#### b) Otras vigilancias epidemiológicas:

- Brote epidémico: en hospitalizados y funcionarios del CHSJM.
- Vigilancia de accidentes asociados a cortopunzantes o exposición de fluidos corporales de alto riesgo, siendo de responsabilidad de Prevención de riesgo el seguimiento del funcionario siendo parte de Salud ocupacional, IAAS realiza la encuesta epidemiológica y hace comparación con la información desde Prevencionista de Riesgos que es intermediario con la entidad aseguradora laboral contratada por la Institución.

### Esquema de flujo de manejo de la información SICARS



Esta información mensual es la referencia de comportamiento de la institución en materias de infecciones, por lo cual las intervenciones específicas cobran importancia sobre todo para evitar la aparición de brotes.