



Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento de Calidad Seguridad del
Paciente



AMB/SAC/FOOP/RBR/cgd
21/01/2013

171

ORDINARIO C13 / N°

ANT.: Sistema de Vigilancia de las infecciones intrahospitalarias - 1998

MAT.: Envía modificaciones y aclaraciones sobre la vigilancia de IAAS

SANTIAGO, 18 ENE. 2013

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES (S)

A : DIRECTORES SERVICIOS DE SALUD DEL PAIS

El Programa de Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) ha realizado una revisión de la normativa relacionada con sus directrices técnicas sobre vigilancia de infecciones, proceso que contó con la participación y apoyo de equipos de control de infecciones de los hospitales y Servicios de Salud del país. Productos de este trabajo ha sido la incorporación en esta normativa de dos síndromes clínicos en la vigilancia epidemiológica de IAAS así como modificaciones y precisiones de algunos indicadores de vigilancia actualmente en uso.

Los síndromes clínicos a los que se hace referencia son: 1. Infecciones respiratorias virales agudas en lactantes hospitalizados y 2. Infecciones del sistema nervioso central asociadas a instalación de válvulas derivativas de líquido cefalorraquídeo. Se han establecidos criterios diagnósticos precisos para ellos que deben cumplir los hospitales para su identificación y se precisan indicaciones para su registro y cálculo de tasas.

Los cambios y precisiones de otros indicadores se relacionan con:

1. Aplicación de los criterios de infección.
2. Vigilancia de infecciones de herida operatoria
3. Vigilancia de infecciones urinarias
4. Vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central
5. Registro de letalidad en brotes epidémicos



Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento de Calidad Seguridad del
Paciente

Se adjuntan documento que incluye el detalle de los elementos mencionados para conocimiento de los(as) profesionales encargados(as) del Programa de Control de IAAS en los Servicios de Salud, y para la implementación en la vigilancia local por los equipos de control IAAS de los hospitales a partir de los datos de enero 2013.

Saluda atentamente a usted,



DR. JUAN MANUEL TOSO LOYOLA
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES (S)

Inc. INSTRUCCIONES SOBRE LA VIGILANCIA DE IAAS A CONTAR DE ENERO 2013

Distribución

- ▶ Directores de Servicios de Salud del país
- ▶ Encargados Programa IAAS Servicios de Salud
- ▶ Directores de Hospitales
- ▶ Equipos de Control de Infecciones de Hospitales
- ▶ Subsecretaría de Redes Asistenciales
- ▶ Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente
- ▶ Oficina de Partes



INSTRUCCIONES SOBRE LA VIGILANCIA DE IAAS A CONTAR DE ENERO 2013

1. Vigilancia de infecciones respiratorias virales agudas en lactantes

Se incluirán sólo las infecciones respiratorias virales en lactantes adquiridas durante la hospitalización, que para estos efectos será 48 horas desde su ingreso si este fue por una causa distinta a respiratoria, de acuerdo a los criterios clínico-epidemiológicos mencionados a continuación. Dado que estas infecciones tienen potencial epidémico en los hospitales y que tienen una endemia permanente, esta vigilancia tiene como principal objetivo establecer la línea base para la detección precoz de brotes.

Definición

Infección respiratoria aguda viral que incluye bronquitis, traqueo bronquitis, bronquiolitis, traqueítis, neumonía. Las infecciones deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1: Paciente con una o más radiografías y uno de los siguientes:

- Infiltrado persistente nuevo o progresivo
- Condensación

Con al menos uno de los siguientes:

- Fiebre (> 38°C) sin otra causa reconocible
- Leucopenia (<4000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (>15000 leucocitos/mm³)
- Proteína C reactiva < 80 mg/L

Y al menos uno de los siguientes:

- Tos
- Aparición de expectoración o incremento de su producción
- Roncus
- Sibilancias

Y Test de detección viral positivo a un patógeno respiratorio

CRITERIO 2: Paciente que no cumple el Criterio 1 (arriba)

Y tiene al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocible:

- Fiebre (> 38°C)
- Tos
- Aparición de expectoración o incremento de su producción
- Roncus
- Sibilancias

Y Test de detección viral positivo a un patógeno respiratorio

CRITERIO 3: Paciente menor de un año que no cumple el Criterio 1 (arriba)

Y tiene al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocible:

- Fiebre (>38°C rectal)
- Tos
- Aparición de expectoración o incremento de su producción
- Roncus
- Sibilancias
- Dificultad respiratoria
- Apnea
- Bradicardia

Y Test de detección viral positivo a un patógeno respiratorio

No reportar bronquitis crónica en pacientes con patología pulmonar crónica de no mediar evidencia de infección viral aguda secundaria, con cambio en el patógeno o detección de éste.

- a. Numerador: total infecciones respiratorias virales diagnosticadas en pacientes hospitalizados en servicios de lactantes de acuerdo a los criterios mencionados
- b. Denominador: total días cama ocupados en el servicio de lactantes
- c. Población: pacientes hospitalizados en servicios de lactantes (menores de 2 años)

NOTA: si no hay un servicio de lactantes propiamente tal, la vigilancia se hará en todos los pacientes menores de 2 años hospitalizados en el servicio de pediatría, excluida la UPC y el denominador será el total de días de hospitalización de esos pacientes.

2. Vigilancia de las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) asociado a la instalación de válvulas derivativas

<u>Definición</u>
<p>Debe cumplirse al menos uno de los siguientes criterios:</p> <p>CRITERIO 1: Cultivo positivo para patógeno del líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenido por punción lumbar.</p> <p>CRITERIO 2: Presencia de al menos uno de los siguientes signos o síntomas no atribuibles a otra causa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre (>38º C rectal) - Dolor de cabeza - Rigidez de nuca - Signos meníngeos - Signos de nervios craneales - Irritabilidad <p>Y al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LCR con incremento de glóbulos blancos con predominio de polimorfonucleares, aumento de proteínas e hipoglucoorraquia - Patógeno identificado por tinción de Gram del LCR - Cultivo de patógeno en sangre - Test antigénico positivo en LCR, sangre u orina <p>Y el médico ha indicado terapia antimicrobiana para meningitis o ventriculitis</p>
<p>CRITERIO 3: En menores de 1 año que tengan al menos uno de los siguientes signos o síntomas no atribuibles a otra causa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre (>38º C rectal) - Hipotermia (<37º C rectal) - Apnea - Bradicardia - Rigidez de nuca - Signos meníngeos - Signos de nervios craneales - Irritabilidad <p>Y al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LCR con incremento de glóbulos blancos, aumento de proteínas e hipoglucoorraquia - Patógeno identificado por tinción de Gram del LCR - Cultivo de patógeno en sangre - Test antigénico positivo en LCR, sangre u orina <p>Y el médico ha indicado terapia antimicrobiana para meningitis o ventriculitis</p>

- a. Numerador: total infecciones del SNC de acuerdo a la definición en los primeros quince días desde su instalación
- b. Denominador: días uso de válvula derivativa en los primeros quince días desde su instalación.

- c. Se restringe esta vigilancia a pacientes con la primera válvula instalada. Localmente pueden vigilarse todas las válvulas, pero para efectos de la notificación deben incluirse sólo la primera.
- d. Si bien las infecciones pueden observarse en cualquier momento desde la instalación de la válvula derivativa, la notificación para esta vigilancia se restringirá a los primeros quince días desde que se instala, dado que es el período donde se asocian más fuertemente a la atención en salud.

NOTA: si el paciente egresa antes de los quince días se considerarán sólo las infecciones que se presentan durante la hospitalización y se incluirán en el denominador sólo los días de uso de la válvula desde la instalación al egreso.

Se vigilarán los siguientes tipos de válvulas instaladas:

- i. válvulas ventrículo peritoneales en niños (desde recién nacidos)
- ii. válvulas ventrículo peritoneales en adultos
- iii. válvulas derivación externa en adultos

3. **Vigilancia de infecciones de herida operatoria:** las infecciones de la herida operatoria pueden manifestarse varios días después de la cirugía, incluso semanas o meses después de ésta. En el sistema de vigilancia se requiere estandarizar el período de seguimiento de modo de obtener una relación costo beneficio favorable del esfuerzo y generar información útil para la toma de decisiones. Se establece que se hará seguimiento hasta el primer control médico post cirugía, generalmente alrededor de siete días después de la operación, y el método de detección de casos será la revisión de las fichas por la persona encargada de la vigilancia. Localmente se puede extender la vigilancia cuanto se considere conveniente, aunque los resultados obtenidos con seguimiento distinto al descrito no se reportarán para consolidación nacional usando el SICARS. En el SICARS se reportarán los casos en el mes en que se realizó la cirugía, no en el mes en que se detectó la infección.

4. **La vigilancia de infecciones de herida operatoria en cirugía de prótesis de cadera:** se refiere a las infecciones de la herida propiamente tal, tanto de planos superficiales como profundos, independiente si además hay infección de la prótesis. Por otra parte, las infecciones de la prótesis que no tengan infección de la herida operatoria no debe notificarse aquí.

5. **Se elimina la vigilancia nacional de infecciones de herida operatoria en cirugía de hernias en niños.** Entre 2009 y 2012 se notificaron 8 infecciones, dos infecciones por año, en 8.800 operaciones (0,09%), lo que no se genera suficiente información para mantener un indicador nacional. Cada establecimiento deberá decidir si mantiene ese indicador para seguimiento local.

6. **Hernias en adultos:** La revisión sistemática ha demostrado que no hay diferencia en tasas de infección de herida operatoria según se trate de cirugías con o sin malla, por lo que no se hará distinción y se reportarán todas juntas en el formulario. (Reparación abierta de la hernia inguinal con malla versus sin malla (Scott NW, McCormack K, Graham P, Go PMNYH, Ross SJ, Grant AM en representación de la European Union Hernia Trials Collaboration Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2).

7. La vigilancia de infecciones urinarias en UCI de adultos: se extenderá a todos los pacientes con catéter urinario permanente hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) que comprende Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) más la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) en todas sus modalidades. Los hospitales que tienen sólo UTI reportarán éstas en el indicador, y los que tengan más de una UCI o UTI las reportarán todas consolidadas. Para análisis local se sugiere mantener los datos separados.

8. La vigilancia de infecciones urinarias en servicios quirúrgicos: incluye sólo cirugía general y se excluyen pacientes de urología, ginecología y neurocirugía pues tienen factores de riesgo específicos distintos a otros grupos de pacientes. Los servicios quirúrgicos indiferenciados separarán los pacientes por diagnóstico de modo de excluir los mencionados del indicador, sin desmedro de mantener la vigilancia separada para el análisis local. Si el establecimiento tiene servicio médico-quirúrgico deberá mantener la vigilancia de pacientes quirúrgicos separada de los pacientes de patologías de medicina interna.

9. Infecciones del tracto urinario en pacientes pediátricos: La vigilancia de infecciones urinarias asociadas a catéteres en pediatría será decisión de cada establecimiento, la consolidación y seguimiento de las tasas se hará para fines locales y no se reportarán por el SICARS. Esto incluye la vigilancia de infecciones del tracto urinario en hospitales pediátricos.

10. Vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo asociadas al uso de catéteres venosos centrales: Se excluyen los catéteres Hickman, Groshong y otros catéteres implantables. Tampoco se deben reportar los catéteres percutáneos. Cada establecimiento deberá decidir si realizará vigilancia de esos tipos de catéteres para fines locales, aunque no se reportarán por el SICARS.

11. En todas las infecciones del manual de sistema de vigilancia vigente (1998) debe eliminarse el criterio "Existe diagnóstico médico [de infección] y no hay evidencias que se trate de infección adquirida en la comunidad". Este criterio por sí solo no constituye diagnóstico de un caso por lo que para notificar debe cumplirse alguno de los otros criterios.

12. Letalidad en brotes epidémicos: todas las muertes de personas que sean casos de un brote serán auditadas, independiente de la asociación entre la infección y la muerte. La auditoría será realizada por médicos locales entre los que se contará el médico del programa de IAAS y al menos otro médico que no debe ser el médico tratante. Se mantendrá registro del nombre de los médicos que realizan este análisis y la fecha en que se realizó. Cada caso se clasificará de acuerdo a las siguientes categorías:

- a. La infección fue la causa la muerte
- b. La infección contribuyó a la muerte sin ser su causa
- c. No hay relación entre la muerte y la infección
- d. No se sabe la relación entre la infección y la muerte

Se calculará la letalidad atribuible $[(a) \div \text{número de casos} \times 100]$ y la letalidad asociada a la infección $[(a+b) \div \text{número de casos} \times 100]$. La letalidad cruda $[(a+b+c+d) \div \text{número de casos} \times 100]$ no es representativa de la severidad de las infecciones del brote pues puede ser consecuencia de la gravedad del tipo de pacientes afectados.