

Jornada “Evaluación de elementos básicos de programas infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) ”

# Evaluación ámbito Vigilancia de IAAS y supervisión



Gobierno  
de Chile

## Intención

Evaluar si el establecimiento posee un sistema de vigilancia epidemiológica efectivo que permita conocer:

- (a) Situación de infecciones asociadas a la atención en salud
- (b) Sistema de información sobre el nivel de cumplimiento de las medidas de prevención.

## Componentes

1

Vigilancia de IAAS incluye

- **Pesquisa IAAS**
- **Detección de brotes**
- **Agentes de importancia epidemiológica**

2

El sistema de vigilancia de IAAS establece.

- **Objetivos**
- **Definiciones**
- **Método detección (numerador).**
- **Método detección (denominador)**
- **Proceso de análisis y cálculo de tasas**

# SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD - IAAS Segunda Versión Año 2023



- DEFINICIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IAAS

Proceso **sistemático, activo, selectivo, periódico y continuo** por medio del cual se recopila información de pacientes con factores de riesgos específicos, se procesan los datos obtenidos, se analizan, interpretan y difunden los resultados de manera oportuna hacia los niveles responsables de tomar decisiones en las materias de IAAS en cada establecimiento de salud

**Sistemático:** Utiliza una metodología estandarizada para recopilar información.

**Activo:** Los profesionales de los equipos de los PCI son responsables de identificar los pacientes con factores de riesgo específicos a la vigilancia y buscar en éstos de manera dirigida los diagnósticos de las IAAS.

**Selectivo:** Focalizado en pacientes con factores de riesgo para la vigilancia epidemiológica **Periódico:** Se repite a intervalos determinados, a lo menos semanal

**Continuo:** Se mantiene funcionando los 12 meses del año





## Componentes

3

Vigilancia activa incluye

- **Pesquisa de casos de IAAS por el equipo de vigilancia\***
- **Método por medio de revisión de historia clínica de los pacientes con factores de riesgo.**
- **Frecuencia de vigilancia al menos semanal.**

4

Evalúa la calidad de la información.

- **Se realizan estudios de prevalencia, incidencia u otros para conocer la capacidad del sistema para detectar las IAAS**
- **Evaluación de la calidad de la información es al menos anual**





Componentes

5

La información se analiza y se difunde

- **Existen informes periódicos de la situación de IAAS distribuidos a los niveles de decisión del hospital**
- **Existen informes de los estudios de brotes epidémicos**
- **Se envía la información al nivel central**



# Componente 1



## Elementos 1

4.1.a.1 Pesquisa de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) que deben ser vigiladas de acuerdo a la norma nacional	4.1.a.1.a infecciones urinarias asociadas a uso de catéter urinario permanente
	4.1.a.1.b septicemias asociadas a catéter venoso central
	4.1.a.1.c neumonía asociada a ventilación mecánica
	4.1.a.1.d infección herida operatoria
	4.1.a.1.e endometritis según tipo de parto
	4.1.a.1.f infecciones gastrointestinales en pediatría
	4.1.a.1.g infecciones respiratorias agudas en pediatría
	4.1.a.1.h infecciones del sistema nervioso central asociadas a válvulas de derivación



# Asignación de puntajes

existencia de datos de al menos 24 meses actualizado al penúltimo mes antes de la visita Si el establecimiento ha funcionado durante menos de 24 meses, se considerará el indicador desde la entrada en vigencia de éste.

Tipo de infección	Componentes que deben ser vigilados					
4.1.a.1.a infecciones urinarias asociadas a uso de catéter urinario permanente	Medicina	Cirugía	UCI/UPC			
4.1.a.1.b septicemias asociadas a catéter venoso central	Pacientes Adultos	Pacientes Pediátricos	Pacientes Neonatología			
4.1.a.1.c neumonía asociada a ventilación mecánica	Pacientes Adultos	Pacientes Pediátricos	Pacientes Neonatología			
4.1.a.1.d infecciones de la herida operatoria	colecistectomía laparoscópica	colecistectomía por laparotomía	hernias inguinales en adultos	cesárea	bypass coronario	prótesis de cadera
4.1.a.1.e endometritis puerperal según tipo de parto	Parto vaginal	Parto cesárea con trabajo de parto	Parto cesárea sin trabajo de parto			
4.1.a.1.f infecciones gastrointestinales en pediatría	Lactantes	Neonatología				
4.1.a.1.g infecciones respiratorias agudas en pediatría	Lactantes					
4.1.a.1.h infecciones del sistema nervioso central asociadas a válvulas de derivación.	Válvula derivativa externa adultos	Válvula derivativa ventrículo peritoneal adultos	Válvula derivativa ventrículo peritoneal pediatría			



# SICARS

## Resumen estadístico de formularios

Mi Escritorio **Consultas Vigilancia** Consultas Indicadores Administrador Sanitario Brotes Mi cuenta Ayuda

Reportes de Vigilancia  
 Listado Formularios Validados Por Autorizar  
**Resumen Estadístico de Formularios**

Seleccione Región: **Región Araucanía**

Seleccione Provincia: **S. Araucanía Sur**

Seleccione Establecimiento: **Hospital Regional de Temuco Dr. Hernán**

Ingrese Año: **2014**

**Consultar**

**Listado de Formularios Consolidado del año 2014**

Arrastre aquí la columna para agrupar

Formulario	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Endometritis puerperal en cesárea con trabajo de parto	I	I	I	I	I
Endometritis puerperal en cesárea sin trabajo de parto	I	I	I	I	I
Endometritis puerperal en parto vaginal	I	I	I	I	I
Eval. de la calidad de la información					
IHO en by pass coronario, adultos	I	I	I	I	I
IHO en cesáreas	I	I	I	I	I
IHO en colecistectomía por laparoscopia, adultos	I	I	I	I	I
IHO en colecistectomía por laparotomía, adultos	I	I	I	I	I
IHO en hernias inguinales adultos	I	I	I	I	I
IHO en prótesis de cadera, adultos	I	I	I	I	I
IHO en tumores sistema nervioso central, adultos	I	I	I	I	I
Infección gastrointestinal en lactantes	I	I	I	I	I
Infección gastrointestinal en neonatos	I	I	I	I	I
Infecciones respiratorias agudas virales en lactantes	I	I	I	I	I
ISNC en pacientes adultos con válvula derivativa externas	I	I	I	I	I

Page 1 of 4 (46 items) < [1] 2 3 4 >



# verificación del componente 1

Resumen Estadístico de Formularios

sicars.minsal.cl/ReportesBasicos/ConsolidadoMatriz.aspx

Gobierno de Chile

Mi Escritorio | Consultas Vigilancia | Consultas Evaluación PCI | Administrador Sanitario | Brotes | Indicadores Seguridad | Evaluación PCI | Mi cuenta | Ayuda

Teléfono de Mesa de Ayuda: +56 22 2053452 | Mail: soportesicars@opensoft.cl

Reportes de Vigilancia

Listado Formularios Validados Por Autorizar

Resumen Estadístico de Formularios

Selección Región:

Selección Servicio:

Selección Establecimiento:

Ingrese Año:

**Listado de Formularios Consolidado del año 2019**

Arrastre aquí la columna para agrupar

Formulario	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Endometritis puerperal en cesárea con trabajo de parto	I	I	I	I	I	I	I	PV(a)	P	P	P	P
Endometritis puerperal en cesárea sin trabajo de parto	I	I	I	I	I	I	I	PV(a)	P	P	P	P
Endometritis puerperal en parto vaginal	I	I	I	I	I	I	I	PV(a)	P	P	P	P
Eval. de la calidad de la información												P
IHO en cesáreas	I	I	I	I	I	I	I	A	P	P	P	P
IHO en colecistectomía por laparoscopia, adultos	I	I	I	I	I	I	A	A	P	P	P	P
IHO en colecistectomía por laparotomía, adultos	I	I	I	I	I	I	A	A	P	P	P	P
IHO en hernias inguinales adultos	I	I	I	I	I	I	A	A	P	P	P	P
Infección gastrointestinal en lactantes	I	I	I	I	I	I	I	A	P	P	P	P
Infección gastrointestinal en neonatos	I	I	I	I	I	I	I	A	P	P	P	P
Infecciones respiratorias agudas virales en lactantes	I	I	I	I	I	I	I	A	P	P	P	P
ITS en pacientes adultos con catéter para hemodiálisis	I	I	I	I	I	I	I	A	P	P	P	P
ITS en pacientes adultos con catéter venoso central	I	I	I	I	I	I	I	A	P	P	P	P
ITS en pacientes adultos con NPT	I	I	I	I	I	I	I	A	P	P	P	P
ITS en pacientes adultos inmunodeprimidos	I	I	I	I	I	I	I	A	P	P	P	P

Page 1 of 3 (38 items)

Seleccione el Formato al cual desea Exportar la Información

Excel

I: ingresado; A: atrasado; V: validado; (g): guardado

# Ámbito Vigilancia y Supervisión: Componente 1

## La vigilancia incluye al menos

### Elementos

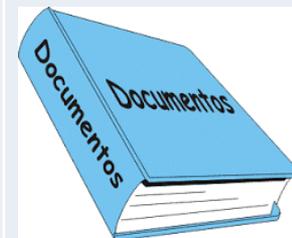
#### 4.1.a.2 Detección de brotes

1. Definición operativa de brote para los síndromes clínicos que le son aplicables
2. Consistentes con definiciones ministeriales si existen



#### 4.1.a.3 Infecciones por agentes de importancia epidemiológica (ej. Infecciones por bacterias multirresistentes)

1. Ejemplos de agentes de importancia epidemiológica:
  - i. bacterias multirresistentes
  - ii. Bacterias con mecanismos de resistencia con potencial epidémico
  - iii. Bacterias identificadas en cultivos en insumos, fármacos o dispositivos.
2. Considera la indicación de que el laboratorio debe informar de inmediato la identificación de cualquier diagnóstico de estos agentes al programa de IAAS local



# Componente 1

## Elementos 2

### 4.1.a.2 Detección de brotes

El hospital cuenta con una definición operativa de brote epidémico: diarrea, infecciones respiratorias, infecciones virales, *A. baumannii* (por ejemplo: número de casos, eventualmente nivel de las tasas, en determinado período-servicio, sobre el cual se considera brote).

# Asignación de puntajes

Registrar 1 si hay una definición operativa de “brote”

Ejemplo: más del doble del promedio de casos de diarrea por *C. difficile* observado en una semana o mes en el servicio (más de tres casos en la semana o más de 4 casos en el mes en Medicina o Cirugía)

Ejemplo: más de tres casos de cualquier infección por *A. baumannii* en dos semanas consecutivas en la UPC

### 4.1.a.3 Infecciones por agentes de importancia epidemiológica (ej. Infecciones por bacterias multirresistentes)

**Registrar 1** si el hospital tiene vigilancia de infecciones por agentes de importancia epidemiológica, por ejemplo: por bacterias multirresistentes o con emergencia de patrones de resistencia diferentes a los habitualmente identificados.

También puede ser **el reporte** de cultivos positivos en insumos, fármacos y dispositivos. Esto puede ser una indicación que el laboratorio debe informar de inmediato la identificación de cualquier diagnóstico de estos agentes al programa de IAAS local.

# Ámbito Vigilancia y Supervisión: Componente 2

## El sistema de vigilancia de IAAS establece



Elementos		
4.1.b.1 Objetivos de la vigilancia	4.1.b.1.a conocer incidencia de infecciones	
	4.1.b.1.b detectar brotes	
	4.1.b.1.c evaluar impacto de las intervenciones	
4.1.b.2 Definiciones estandarizadas de "caso"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las IAAS a vigilar</li> <li>• Consistentes con definiciones MINSAL</li> </ul>	
4.1.b.3 Método de detección de infecciones (numerador)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento para la detección de pacientes que hayan presentado alguna de las infecciones que tiene en vigilancia (todas)</li> <li>• Consistentes con definiciones MINSAL</li> </ul>	
4.1.b.4 Método de detección de población expuesta (denominador)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento para la detección de expuestos al riesgo de adquirir alguna de las infecciones en vigilancia (todas)</li> <li>• Consistentes con definiciones MINSAL</li> </ul>	
4.1.b.5 Proceso de análisis y cálculo de tasas de IAAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento de vigilancia incluye               <ol style="list-style-type: none"> <li>Cómo se construirán las tasas para cada infección en vigilancia</li> <li>Frecuencia con que se calcularán estas tasas (nunca &gt; 1 mes)</li> <li>Frecuencia con que se elaborarán informes de las tasas</li> </ol> </li> </ul>	



## Componente 2

### Elementos 1

4.1.b.1 Objetivos de la vigilancia	4.1.b.1.a conocer incidencia de infecciones
	4.1.b.1.b detectar brotes
	4.1.b.1.c evaluar impacto de las intervenciones

Los objetivos de la vigilancia describen lo anterior

### Elementos 2

#### 4.1.b.2 Definiciones estandarizadas de “caso”

Hay definiciones estandarizadas de “caso” para cada una de las infecciones (elemento 4.1.a.1), en concordancia con la normativa del Ministerio de Salud. Si existen definiciones para algunas infecciones en vigilancia y no para otras se debe registrar 0, elemento NO cumplido.

- Definiciones cuentan con elementos clínicos (signos o síntomas) y de laboratorio
- **El sólo registro de presencia de infección, sin los elementos clínicos o de laboratorio no se acepta como “caso”**

### Elementos 3

#### 4.1.b.3 Método de detección de infecciones (numerador)

se describe el procedimiento para la detección de pacientes c/IAAS

Por ejemplo:

- revisión de historias clínicas de los pacientes con el factor de riesgo
- revisión de resultados de laboratorio

## Elementos 4

### 4.1.b.4 Método de detección de población expuesta (denominador)

describe el procedimiento para la detección de los expuestos al riesgo de adquirir

Ejemplos:

- revisión al menos una vez por semana de todos los pacientes con catéter vascular central
- Revisión de plan de enfermería para identificar los pacientes con catéteres urinarios
- visita dos veces por semana a todos los pacientes en la UCI
- Listado de pacientes con colecistectomía del pabellón quirúrgico

### Elementos 5

#### 4.1.b.5 Proceso de análisis y cálculo de tasas de IAAS

1. como se construirán las tasas (numeradores, denominadores) para cada infección en vigilancia (esto lo tienen en SICARS)
2. la frecuencia con que se calcularán estas tasas, en períodos que no excedan el mes (esto lo tienen hecho en SICARS)
3. la frecuencia con que se elaborarán informes de las tasas  
por ejemplo:
  - (a) Cálculo de tendencias
  - (b) Comparación con indicadores nacionales

# Ámbito Vigilancia y Supervisión: Componente 3

## Se realiza vigilancia activa que incluye



### Elementos

**4.1.c.1 Como responsable de la pesquisa de casos al equipo de vigilancia**

- La detección de casos es realizada por profesionales del equipo de control de infecciones.
- Periodos de vigilancia por profesionales de servicios clínicos no pueden ser > 4 semanas acumuladas en el año durante los últimos 3 años



**4.1.c.2 Revisión de historias clínicas de pacientes de riesgo**

- No se acepta identificación de casos por
  - sólo por notificación por personal clínico
  - sólo por resultados de cultivos



**4.1.c.3 Revisión de historias clínicas al menos semanal**



#### 4.1.c.1 Como responsable de la pesquisa de casos al equipo de vigilancia

- Registrar 1 si la detección de casos es realizada por profesionales del equipo de control de infecciones.
  - Esto debe estar definido en el documento
  - Preguntar directamente qué hacen cuando otros profesionales reportan casos
    - Qué definiciones aplican
    - Con qué frecuencia ocurre

## 4.1.c.1 Como responsable de la pesquisa de casos al equipo de vigilancia



- No se acepta el **reporte de profesionales clínicos** por si sólo como método de vigilancia [**vigilancia pasiva**]
- Si incluyen el reporte de profesionales clínicos debe constar que el personal del PCI revisa la historia clínica del paciente reportado **Y** que además realiza búsqueda de casos de pacientes con los procedimientos a vigilar

La pesquisa de casos en las IAAS que no son indicadores nacionales deben tener descritos los métodos de detección de casos

Si en un año en algún servicio se acumulan más de cuatro semanas de vigilancia pasiva → incumplimiento





## Elementos 2

### 4.1.c.2 Revisión de historias clínicas de pacientes de riesgo

- Cumple si la pesquisa de casos se realiza por la revisión de historias clínicas de pacientes con condiciones de riesgo de IAAS en vigilancia
- No cumple si
  - la pesquisa es realizada por notificación por personal clínico
  - si es sólo por resultados de cultivos sin revisar la historia clínica.



## Componente 3

### Elementos 3

#### 4.1.c.3 Revisión de historias clínicas al menos semanal

- Cumple si la revisión de historias clínicas en cada servicio es al menos semanal.
- Si es más espaciada, no cumple.



## Ejemplos o situaciones

El hospital ha decidido que, dado que hay un sistema de revisión de fichas para GRD en que se registran los incidentes en la hospitalización, la vigilancia de IAAS se hará utilizando ese recurso especializado y caro a fin de sacar máximo provecho.

**¿Cumple o no cumple?**



# Ámbito Vigilancia y Supervisión: Componente 4

## Se evalúa la calidad de la información

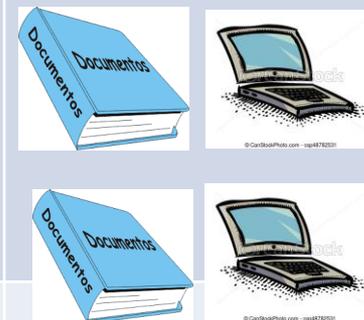


### Elementos

4.1.d.1 Se realizan estudios de prevalencia, incidencia u otros para conocer la capacidad del sistema para detectar las IAAS

4.1.d.2 La evaluación de la calidad de la información es al menos anual

- **Al menos un estudio** para conocer la capacidad del sistema de vigilancia para detectar las IAAS en los últimos tres años
- **Al menos un estudio al año** los últimos 3 años con informe de resultados



## Componente 4

### Elementos 1

#### 4.1.d.1 Se realizan estudios de prevalencia, incidencia u otros para conocer la capacidad del sistema para detectar las IAAS

- Cumple si se han realizado estudios de sensibilidad de la vigilancia (estudios de prevalencia, incidencia u otro) para conocer la capacidad del sistema de vigilancia para detectar las IAAS verificando que se haya realizado **al menos uno en los últimos tres años**.
- Si bien para ingreso de información en SICARS se requiere que sea un estudio de prevalencia, si han usado otro método debe registrarse que CUMPLE

## Componente 4

### Elementos 2

#### 4.1.d.2 La evaluación de la calidad de la información es al menos anual

Registrar CUMPLE si estos estudios se han realizado al menos una vez en el año en los últimos tres años, con informe de resultados obtenidos.

## Componente 5

### Elementos 1

#### 4.1.e.1 Existen informes periódicos de la situación de IAAS distribuidos a los niveles de decisión del hospital

Registrar CUMPLE si al menos cada cuatro meses se distribuye un informe sobre tasas de infecciones y análisis de los resultados (por ejemplo, comparando situación local con tasas previas o con indicadores nacionales), a los niveles de decisión del establecimiento (directivos, jefaturas de servicios y unidades clínicas. Además pueden enviarse a equipos de calidad u otros que se han definido localmente).

Si se envían sólo las tasas = NO CUMPLE

Si se envían en períodos más prolongados = NO CUMPLE

## Componente 5

### Elementos 2

#### 4.1.e.2 Existen informes de los estudios de brotes epidémicos

Registrar CUMPLE si hay un informe de cada brote estudiado que se ha difundido a la dirección y a todos los servicios involucrados

- si el autorizador local no es el director, existirá un informe o medio de comunicación oficial dirigido a éste.

Si en los últimos tres años no se han detectado brotes, registrar NA.

## Componente 5

### Elementos 3

#### 4.1.e.3 Se envía la información al nivel central

Registrar CUMPLE si en los últimos 12 meses la información de la incidencia por **síndromes clínicos** y de cada uno de los brotes se ha enviado al nivel central.

Contar registro con un mes de desfase al de la evaluación, por ejemplo:  
En Abril Información autorizada por el AUTORIZADOR completa desde Febrero hacia atrás (marzo del año anterior)

En SICARS lo verán como **I**

Información en **A, V, PV, SM** = no cumple

# Supervisión de prácticas

4.2.a Existe un sistema de supervisión de prácticas de prevención de IAAS

4.2.a.1 Se han designado los profesionales encargados de evaluar el cumplimiento de prácticas

4.2.a.2 Existe proceso sistemático de recolección de la información sobre cumplimiento de prácticas de atención (pautas de supervisión u otras)



#### 4.2.a.1 Se han designado los profesionales encargados de evaluar el cumplimiento de prácticas

Registrar CUMPLE si se documenta que se ha designado profesionales encargados de realizar la supervisión y se han capacitado para aplicar los instrumentos.

Estas personas son identificables, pueden ser profesionales de los servicios clínicos, supervisores u otros.

## 4.2.b Se supervisan las principales prácticas de prevención de IAAS que incluyen

4.2.b.1 Precauciones estándares

4.2.b.2 Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos y otros procedimientos asociados a las IAAS\*

4.2.b.3 Esterilización y desinfección de elementos clínicos

## 4.2.b Se supervisan las principales prácticas de prevención de IAAS

- Registrar cumple si
  - está definido el proceso de recolección de datos para evaluar cumplimiento de prácticas (pautas de supervisión directa por observación, gasto o consumo en insumos específicos u otras),
  - lugar donde se evaluará (e incluirá siempre todas las UPC),
  - número de observaciones necesarias,
  - periodicidad



4.2.b.1 Precauciones estándar = Se considera evaluado el cumplimiento si existe evidencia que  
(a) se han aplicado pautas de supervisión u otra forma de medir y  
(b) que existe algún dato escrito (número de observaciones, porcentaje de cumplimiento, tasa, otro)

4.2.b.1.a Higiene de manos\*

4.2.b.1.b Aislamiento de pacientes

4.2.b.1.c Prevención de accidentes cortopunzantes

4.2.b.1.d Uso de equipos de protección personal

4.2.b.1.e Uso de antisépticos y desinfectantes

## 4.2.b.2 Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos y otros procedimientos asociados a las IAAS\*

- No se llena directamente, se usa tabla complementaria
- Registrar CUMPLE si hay evidencia que se ha evaluado en los últimos dos años alguna vez cada una de las prácticas listadas.

a. Indicación y retiro de catéter vascular central

b. Instalación de catéter vascular central

c. Mantenión de catéter vascular central

d. Indicación y retiro de catéter urinario permanente

e. Instalación de catéter urinario permanente

f. Mantenión de catéter urinario permanente

g. Indicación de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica

h. Instalación de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica

i. Mantenión de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica

j. Indicación de profilaxis antibiótica en cirugía

k. Técnica aséptica en la atención del parto



## 4.2.b.3 Esterilización y desinfección de elementos clínicos

4.2.b.3.a  
Proceso de  
esterilización

4.2.b.3.b  
Proceso de  
desinfección  
de alto nivel

Registrar CUMPLE si hay evidencia que los procesos de esterilización y DAN ha sido supervisado **anualmente.**

- **Procesos de esterilización**
- lavado; preparación del material; métodos de esterilización en uso, tiempo de exposición la método, controles usados y almacenamiento. Si lavado es realizado fuera de la central, documentar supervisión por personal de esterilización.
- **DAN**
- lavado; exposición al agente desinfectante (tipo de desinfectante y tiempo de exposición); enjuague; secado y almacenamiento



## 4.2.c La información sobre cumplimiento de prácticas se divulga

4.2.c.1 La información se analiza al menos anualmente y se emite un informe\*

4.2.c.2 Los informes se distribuyen a los niveles de decisión del hospital

Registrar CUMPLE si la información de las supervisiones se resume en informes escritos con **análisis de los resultados** al menos **una vez al año**

- hay difusión a dirección del establecimiento, jefaturas de servicios y unidades clínicas y de apoyo clínico, coordinación de enfermería, unidad de calidad u otros definidos localmente.

- Número de observaciones, donde se realizaron y quién
- Elementos evaluados
- % cumplimiento correcto