



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL
DPTO. SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN
MOPE / CMT / MOB / SKC / MPA / cra



06

CIRCULAR C37 N° _____

ANT: Circular C37/ N°09 del 30 de junio 2023

SANTIAGO, 08 MAY 2024

ENVIA INDICADORES DE REFERENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD VIGENTES DESDE MAYO DE 2024

Como es de su conocimiento, todos los años el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) publica durante los meses de abril o mayo los umbrales de referencia para los indicadores de los síndromes clínicos de vigilancia obligatoria. Estos umbrales se calculan utilizando las tasas informadas en el Sistema de Información de Calidad de la Atención y Resultados Sanitarios (Sicars) por el conjunto de hospitales público del Sistema Nacional de Servicios de Salud que cumplen con los criterios de inclusión definidos históricamente para cada síndrome clínico¹, utilizando el percentil 75 como el umbral de referencia² o manteniendo el mejor valor histórico (menor tasa) observado.

Durante el año 2022 se inició un proceso de transición del sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS, incluyendo nuevos síndromes clínicos, definiciones de casos y metodologías de pesquisa de información, así como una actualización del sistema utilizado para su registro (Sicars), lo que ha generado desafíos para lograr integridad y consistencia de la información recabada a la fecha.

Se recuerda a los hospitales que, para el uso local de esta información, deben comparar³ sus tasas con estos indicadores nacionales de referencia que surgen de datos de hospitales nacionales⁴, y en ningún caso sus valores de referencia locales serán superiores que estos indicadores. Si los resultados locales son superiores al indicador nacional de referencia, si bien no es definitivo que exista un problema real de infecciones, se considerará que existe la posibilidad que este sea el caso. Si la tasa local es superior al indicador de referencia se recomienda realizar un plan de acción que incluya:

- Realizar una revisión bibliográfica de los factores de riesgo de las infecciones en que se piensa que pueden tener un problema, en especial sobre factores relacionados con la atención.

¹ Un mínimo de 50 procedimientos vigilados cuando se trata de exposiciones únicas (parto, cirugías), de 250 días de exposición cuando se trata de exposición continua (días catéter, días ventilación mecánica, días de hospitalización, etc.), de 1200 días/procedimientos de hemodiálisis crónica, de 50 días/procedimiento de quimioterapia en pacientes pediátricos y de 700 días/procedimiento de quimioterapia en pacientes pediátricos. Sólo se elaboraron indicadores cuando existen al menos 20 hospitales que cumplen el criterio de inclusión. De no cumplirse este criterio, se consideró mantener el indicador de referencia del año anterior y, de no existir previamente un indicador de referencia, se consolidó arbitrariamente la información ingresada por los hospitales desde el año 2016, seleccionándose posteriormente los datos de los hospitales que cumplieran con el "criterio de inclusión". De alcanzarse 20 o más hospitales, se elaboró un indicador de referencia.

² El percentil 75 divide a los hospitales en dos grupos, el 25% con tasas mayores y el 75% con tasas menores.

³ Se recomienda comparar la tasa anual o de períodos de varios meses con los indicadores de referencia, pues la tasa en períodos muy breves puede tener grandes variaciones dada por el azar o el bajo número de expuestos considerados.

⁴ En aquellos síndromes clínicos sin umbrales de referencia, cada hospital fijará anualmente valores de referencia utilizando información obtenida a partir de la mejor información disponible, sea ésta a partir de epidemiología local, nacional o internacional (ésta última, de no existir las dos anteriores).



- Aplicar pautas de supervisión para evaluar el cumplimiento de las prácticas de atención relacionadas con mayor riesgo de estas IAAS. Determinar si el cumplimiento de las prácticas es satisfactorio de acuerdo con el resultado de la supervisión.
- Si el cumplimiento de prácticas es satisfactorio, mantener la vigilancia epidemiológica local de las IAAS e investigar si se cuenta con una población de pacientes de mayor riesgo por otra causa y documentar lo realizado. Si el cumplimiento de prácticas no es satisfactorio, se considerará que las tasas elevadas se asocian a esta situación, por lo que se formulará un plan de intervención que contemple una estrategia multimodal que considere, al menos, capacitación, supervisión y retroalimentación, vigilancia, recordatorios y difusión de información, revisión de infraestructura y equipamiento, y cultura de seguridad. Posteriormente, se evaluarán los cambios en la atención en salud, se mantendrá la vigilancia y se documentará lo realizado.

El análisis local de los indicadores y de las acciones que de esto se generen será sujeto a evaluación y seguimiento por parte de los Servicios de Salud correspondientes, a quienes se les solicita difundir esta información a todos los hospitales y clínicas de su área geográfica. Adicionalmente, se publicarán en la página web del MINSAL en la sección de infecciones asociadas a la atención en salud o infecciones intrahospitalarias (http://web.minsal.cl/infecciones_intrahospitalarias/).

Saluda atentamente a usted,

DR. OSVALDO SALGADO ZEPEDA
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Inc. Indicadores de referencia nacional de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) vigentes desde mayo de 2024.

Distribución

- Gabinete Ministra
- Directores de Servicios de Salud
- Seremis
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Subsecretaría de Salud Pública
- DIGERA
- Instituto de Salud Pública
- Superintendencia de Salud
- Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención
- Oficina de Partes



Indicadores de referencia nacional de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) vigentes desde mayo de 2024

La información para obtener los indicadores de las IAAS proviene de 184 hospitales que ingresaron sus datos al sistema informático SICARS. Estos indicadores deberán ser usados por todos los hospitales, independiente de su tamaño o complejidad que, para estos efectos, compararán sus tasas con los indicadores de referencia y si las tasas locales se encuentran sobre los de referencia, programarán, realizarán medidas de intervención y documentarán la realización e impacto de éstas.

Los indicadores de referencia de las IAAS se han fijado en el percentil 75 de la serie de hospitales que cumplen con el criterio de inclusión. El criterio de inclusión se ha fijado considerando un mínimo de exposición con el fin de minimizar el efecto de hospitales con tasas extremas por tener bajos números de expuestos. Si el dato más reciente de indicador es mayor que el observado en el período anterior, se ha mantenido el valor más bajo. Se crearon indicadores sólo en aquellas IAAS en que al menos 20 hospitales cumplieron el criterio de inclusión. De no cumplirse este criterio, se consideró mantener el indicador de referencia del año anterior y, de no existir previamente un indicador de referencia, se consolidó arbitrariamente la información ingresada por los hospitales desde el año 2016¹, seleccionándose posteriormente los datos de los hospitales que cumplieran con el "criterio de inclusión". De alcanzarse 20 o más hospitales, se elaboró un indicador de referencia.

Los indicadores de referencia que se modificaron con relación al año 2023 se destacaron en las tablas a continuación con el símbolo ▼.

Infecciones Respiratorias Inferiores (neumonía)								
Indicador: N° neumonías en pacientes en ventilación mecánica (NVM) ÷ 1000 días de ventilación mecánica (VM)								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 250 días de VM acumulados en 2023								
Tipo de servicio	Hospitales incluidos	N° de NVM	N° días VM	Indicador				
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	Indicador de referencia
Adulto	62	1,096	220.007	4,98	4,00	6,62	10,95	6,6▼
Pediátrico	32	154	54.062	2,85	2,4	3,53	6,65	2,9
Neonatología	25	116	21.183	5,48	4,69	6,44	14,06	6,3

Infecciones Intestinales								
Indicador: N° pacientes con diarrea ÷ 1000 días de hospitalización								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 250 días de hospitalización acumulados en 2023								
Tipo de servicio	Hospitales incluidos	N° de Casos	N° días hospitalización	Indicador				
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	Indicador de referencia
Lactantes	69	731	358.941	2,04	1,37	2,64	4,47	0,7
Neonatología	58	50	276.350	0,18	0,00	0,15	1,75	0,0
Nuevo <i>C. difficile</i> adultos UPC	69	604	788.158	0,77	0,52	1,29	3,18	1,30
Nuevo <i>C. difficile</i> adultos médico-quirúrgico	161	1.362	4.860.967	0,28	0,14	0,40	1,05	0,40

Indicadores IAAS 2024 pág. 1/4

¹ En los síndromes clínicos en los que se utilizó este procedimiento, para la elaboración del indicador de referencia del año 2025 se repetirá la metodología, pero utilizando el año 2017 como inicio y consolidando la información hasta el 2024.



Infecciones Respiratorias Agudas Virales								
Indicador: N° pacientes con infección respiratoria aguda viral (IRAV) ÷ 1000 días de hospitalización								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 250 días de hospitalización acumulados en 2023								
Tipo de servicio	Hospitales incluidos	N° de pacientes con IRAV	N° días hospitalización	Indicador				Indicador de referencia
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	
Lactantes	70	594	342.679	1,73	0,93	2,03	4,76	1,4
Nuevo SARS CoV-2 adultos/no UPC	166	2483	4.944.427	0,50	0,38	0,84	2,96	0,8
Nuevo SARS CoV-2 adultos/UPC	72	219	800.713	0,27	0,11	0,37	1,68	0,4
Nuevo SARS CoV-2 pediátricos hospitalizados	87	110	702.308	0,16	0,00	0,17	0,50	0,2

Infecciones del Torrente Sanguíneo (bacteriemia/septicemia)								
Indicador: N° infecciones del torrente sanguíneo (ITS) ÷ 1000 días de exposición al procedimiento								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 250 días de exposición acumulados en 2023								
Procedimiento	Hospitales incluidos	N° de ITS	N° días procedimiento	Indicador				Indicador de referencia
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	
Catéteres venosos centrales en adultos	71	1.298	783.377	1,66	1,46	2,04	3,60	2,0
Catéteres venosos centrales en pediátricos	32	249	118.662	2,10	1,85	2,33	5,61	2,3^v
Nuevo Catéteres venosos centrales en pacientes neonatológicos	31	3.075	83	45.409	1,83	1,54	2,93	2,9
Catéter umbilical en pacientes neonatológicos	21	27	13.454	2,01	0,00	3,98	8,64	0,7

Infecciones del Torrente Sanguíneo (bacteriemia/septicemia)								
Indicador: N° infecciones del torrente sanguíneo (ITS) ÷ 1000 días de exposición al procedimiento								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 700 días de exposición (pacientes adultos) y 50 días de exposición (pacientes pediátricos acumulados en 2023)								
Procedimiento	Hospitales incluidos	N° de ITS	N° días procedimiento	Indicador				Indicador de referencia
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	
Nuevo Catéter de quimioterapia en pacientes adultos	22	6	80.198	0,07	0,00	0,04	1,11	0,04
Nuevo Catéter de quimioterapia en pacientes pediátricos	14	19	12.545	1,51	0,23	3,24	-	No hay**

**No hay = total de hospitales que cumplen el criterio de inclusión es menor que 20.



Infecciones del Torrente Sanguíneo (bacteriemia/septicemia)								
Indicador: N° infecciones del torrente sanguíneo (ITS) ÷ 1000 días de exposición al procedimiento								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 1.200 días de exposición acumulados en 2023								
Procedimiento	Hospitales incluidos	N° de ITS	N° días procedimiento	Indicador				Indicador de referencia
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	
Nuevo Catéter de hemodiálisis en pacientes adultos	41	172	161.722	1,06	0,93	1,44	3,40	1,4

Infecciones del Tracto Urinario								
Indicador: N° infecciones del tracto urinario (ITU) en pacientes con catéter urinario permanente (CUP) ÷ 1000 días de CUP								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 250 días de CUP acumulados en 2023								
Tipo de servicio	Hospitales incluidos	N° de ITU	N° días CUP	Indicador				Indicador de referencia
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	
Medicina	147	979	356.296	2,75	2,11	4,00	8,85	3,6
Cirugía	69	244	199.363	1,22	0,00	1,88	3,87	1,9
UPC	69	1.030	474.144	2,17	1,69	2,94	4,77	2,9 ▼

Infecciones de la Herida Operatoria								
Indicador: N° infecciones de la herida operatoria (IHOp) ÷ 100 pacientes operados (ops)								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 50 ops acumulados en 2023								
Tipo de operación	Hospitales incluidos	N° de IHOp	N.° ops	Indicador				Indicador de referencia
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	
Hernias inguinales	55	48	6.835	0,70	0,00	0,96	3,44	0,4
Cesáreas	63	537	36.120	1,49	1,29	2,06	9,96	0,8
Colecistectomía por laparotomía	5	3	389	0,77	0,93	2,51	-	0,9*
Colecistectomía por laparoscopia	73	123	35.504	0,35	0,24	0,59	1,39	0,2
Prótesis de cadera	38	85	6.539	1,30	0,99	1,81	5,58	1,8
Bypass coronario***	11	279	13.445	2,08	2,66	2,81	3,02	No hay**
Tumores sistema nervioso central***	23	240	11.082	2,17	1,95	3,00	5,95	3,0
Nuevo Endoftalmítis post quirúrgica en cirugía de cataratas	56	26	48764	0,05	0	0,08	0,42	0,08

*Al no alcanzarse 20 hospitales se mantuvo el indicador de referencia del año anterior.

**No hay = total de hospitales que cumplen el criterio de inclusión es menor que 20.

***Acumulados entre 2016 y 2023.



Endometritis puerperal								
Indicador: N° endometritis puerperales (EP) ÷ 100 partos								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 50 partos acumulados en 2023								
Tipo de parto	Hospitales incluidos	N° de EP	N° partos	Indicador				
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	Indicador de referencia
Vaginal	63	113	42.536	0,27	0,21	0,53	1,96	0,2
Cesárea con trabajo de parto	49	53	15.665	0,34	0,00	0,55	2,42	0,4
Cesárea sin trabajo de parto	58	35	20.137	0,17	0,00	0,23	0,81	0,1

Infecciones del Sistema Nervioso Central (ISNC) asociadas a uso de primeras válvulas de derivación								
Indicador: N° ISNC en pacientes con válvula de derivación (VD) ÷ 1000 días de uso de VD								
Criterio de inclusión: hospitales con ≥ 250 días de uso de VD acumulados entre 2016 y 2023								
Tipo de válvula y población	Hospitales incluidos	N° de ISNC	N° días VD	Indicador				
				Tasa acumulada	Mediana	Percentil 75	Percentil 95	Indicador de referencia
Válvula derivativa externa adultos	22	310	56.333	5,50	5,70	6,57	11,77	6,2
Válvula derivativa ventrículo peritoneal adultos	20	104	28.583	3,64	3,99	5,52	8,17	5,5[▼]
Válvula derivativa ventrículo peritoneal pediatría	13	35	14.042	2,49	2,34	5,48	10,34	No hay*
^{Nuevo} Válvula derivativa ventrículo peritoneal neonatología	0	-	-	-	-	-	-	No hay**

*No hay = total de hospitales que cumplen el criterio de inclusión es menor que 20.

**No hay = hospitales que reportan no cumplen el criterio de inclusión.