

Año

Panamá, R. de Panamá martes 25 de marzo de 2025

N° 30243-C

CONTENIDO

MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 407
(De viernes 14 de marzo de 2025)

QUE APRUEBA LA NORMA TÉCNICO-ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Y DE LOS COMITÉS TÉCNICO NACIONAL Y LOCAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

Resolución N° 408
(De viernes 14 de marzo de 2025)

QUE APRUEBA LA NORMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS).

MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA/ SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución N° 460
(De miércoles 02 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE KAREN CASTELLANOS PACHECO.

Resolución N° 462
(De miércoles 02 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE WANYING CHEN.

Resolución N° 468
(De miércoles 02 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE ALEJANDRO GOLDSTEIN LAMSCHEIN.

Resolución N° 469
(De miércoles 02 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE FRANCISCO JAVIER PAZ VILLANUEVA.

Resolución N° 470
(De miércoles 02 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE IZAMARY GUADALUPE MORENO OSUNA.

Resolución N° 472



(De miércoles 02 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE MAURICIO ZAMBRANO MUZUZUE.

Resolución N° 480
(De lunes 28 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE JOSEPH BERNARD CARUSO.

Resolución N° 488
(De lunes 28 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE MARÍA DEL LORETO PAREDES NOVELLA.

Resolución N° 492
(De lunes 28 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE JAYSHREE RAM WADHWANI.

Resolución N° 512
(De lunes 28 de octubre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE MARIA DEL SOCORRO CASTILLO MEJÍA.

Resolución N° 549
(De martes 26 de noviembre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE SHAILESHKUMAR DEVABHAI AHIR.

Resolución N° 561
(De miércoles 27 de noviembre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE ALVARO RUIZ DE ALDA MORENO.

Resolución N° 569
(De miércoles 27 de noviembre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE GABRIEL GUSTAVO MORALES MATAMOROS.

Resolución N° 589
(De miércoles 11 de diciembre de 2024)

POR LA CUAL SE EXPIDE CARTA DE NATURALEZA A FAVOR DE DANIELLA CRISTINA CARREÑO ACEITUNO.



RESOLUCIÓN No. 407
De 14 de MARZO de 2025

Que aprueba la Norma Técnico-Administrativa del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y de los Comités Técnico Nacional y Local de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 109 de la Constitución Política de Panamá, es función esencial del Estado, velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social;

Que el Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que, por mandato constitucional, son responsabilidad del Estado y, como órgano de la función ejecutiva, le corresponde la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país;

Que el Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud y le corresponde como parte de sus funciones generales, mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y manuales de operación, que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada;

Que las infecciones asociadas a la atención de salud constituyen un problema de salud pública de gran relevancia económica, social y emocional, con gran importancia clínica y epidemiológica debido a que pueden condicionar un incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad, a lo cual se le puede sumar el incremento en los días de hospitalización y los costos directos de la atención, sin dejar de mencionar la carga emocional y otros perjuicios que estas representan para el paciente y sus familiares;

Que la vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención de salud permite implementar medidas que prevengan el uso indiscriminado de antibióticos y, en consecuencia, la generación de cepas microbianas resistentes asociadas a una mayor morbimortalidad, cuyo tratamiento aumenta excesivamente los costos de atención. Además, es un excelente indicador de calidad de la atención en las instalaciones de salud;

Que mediante la Resolución No.741 de 18 de octubre de 2024, se creó el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, el Comité Técnico Nacional y los Comités Locales de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Que la precitada Resolución aprobó la Norma Técnico-Administrativa del Programa Nacional, del Comité Nacional y de los Comités Locales de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud; no obstante, la Oficina de Desarrollo Institucional que, si bien realizó la revisión del documento en comento,





Resolución No. 407 de 14 de MARZO de 2025

Identificó aspectos relacionados con la organización del Ministerio de Salud que debían ser tomados en cuenta para un mejor funcionamiento del Programa, por lo que una vez detectadas por el personal de dicha Dirección solicitaron los ajustes necesarios cónsonos a las directrices del Ministerio de Economía y Finanzas.

Por lo tanto, **SE RESUELVE:**

ARTÍCULO PRIMERO: Se aprueba la Norma Técnico-Administrativa del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y del Comité Técnico Nacional y de los Comités Locales de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, que se reproduce en el Anexo I y que forma parte integral de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Dejar sin efecto el Artículo Cuarto de la Resolución No.741 de 18 de octubre de 2024.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969, Decreto No.75 de 27 de febrero de 1969 y Resolución No.741 de 18 de octubre de 2024.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

FERNANDO BOYD GALINDO
Ministro de Salud





DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE INSTALACIONES Y SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN

JULIO 2024

NORMA TÉCNICO-ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD Y DEL COMITÉ TÉCNICO NACIONAL Y COMITES LOCALES DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.



AUTORIDADES

DR. FERNANDO BOYD GALINDO
MINISTRO DE SALUD

DR. MANUEL A. ZAMBRANO CHANG
VICEMINISTRO DE SALUD

LIC. JULIO AROSEMENA RUIZ
SECRETARIO GENERAL DEL MINISTERIO DE SALUD

DRA. REINA ROA
DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA

DR. PEDRO CONTRERAS
SUBDIRECTOR GENERAL DE SALUD A LA POBLACIÓN



El desarrollo de la Norma Técnico-Administrativa del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y del Comité Técnico Nacional y Comités Locales de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud ha sido realizada gracias al compromiso, cooperación, esfuerzo y participación de las siguientes personas:

ELABORADO POR

Dra. Liliane Valdés Jefa del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población (DISSP)
Mgter. Itzel S. de Martínez Enfermera. Técnico del DISSP
Dra. Milagros Herrera Médico. Técnico del DISSP

REVISADO POR

Dra. Lizbeth Hayer Médico. Técnico del Departamento Nacional de Epidemiología
Dra. Mayrene L. de Guevara Médico. Comité de IAAS, Hospital Santo Tomás
Licdo. Joel Medina Enfermero. Epidemiología, Hospital Santo Tomás
Licda. Daisy de Morós Enfermera Epidemióloga. Comité de IAAS, Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.
Dra. Yanela Arcia Médico. Coordinadora Nacional de Infecciones Nosocomiales, Caja de Seguro Social (CSS)
Dr. Moisés Puerta Médico. Técnico de la Coordinación Nacional de Infecciones Nosocomiales, CSS
Licda. Mayra García Mayorca Enfermera. Comité de Prevención y Control de IAAS. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Dra. Miriam González Médico. Comité de Prevención y Control de IAAS. Hospital Irma De Lourdes Tzanetatos.
Dr. Teodoro León Médico. Comité de Prevención y Control de IAAS. Hospital Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera.
Dr. Pedro Contreras Médico. Técnico del DISSP



REVISORES EXTERNOS

Dr. Arturo Sánchez Médico especialista en Prevención y Control de Infecciones adscrito a CDC-CAR en Guatemala y trabajando con la División de Promoción de la Calidad de la Atención Médica y la Unidad Internacional de Control y Prevención de Infecciones de los CDC en Atlanta.
Licda. Eusebia de Copete Directora Nacional de Enfermería. Ministerio de Salud
Dr. Rafael González Médico especialista en Medicina Interna e Infectología. Hospital Nicolás A. Solano.
Dr. Olmedo Villarreal Médico especialista en Medicina Interna e Infectología. Hospital Irma De Lourdes Tzanetatos, CSS.





	CONTENIDO	PÁGINA
I.	ANTECEDENTES	5
II.	INTRODUCCIÓN	7
III.	MARCO LEGAL	7
IV.	PROPÓSITO	8
V.	OBJETIVO GENERAL	8
VI.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
VII.	ALCANCE	8
VIII.	PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (PCI)	9
	A. NIVEL NACIONAL: PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS	9
	a. UBICACIÓN Y DEPENDENCIA	9
	b. RECURSO HUMANO	9
	c. FUNCIONES	10
	d. RESPONSABILIDADES	12
	B. NIVEL REGIONAL: PROGRAMA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS	14
	a. UBICACIÓN Y DEPENDENCIA.	14
	b. RECURSO HUMANO	14
	c. FUNCIONES	14
	d. RESPONSABILIDADES	15
	C. NIVEL LOCAL: PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS (PCI)	16
	a. UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES-INSTALACIONES DE SALUD CON CAMA	16
	b. UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES-INSTALACIONES DE SALUD SIN CAMA QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE ALTO Y MEDIANO RIESGO.	23
	c. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INSTALACIONES DE SALUD SIN CAMA	25
IX.	COMITÉS DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD	27
	A. COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.	27
	B. COMITÉ LOCAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD-INSTALACIONES DE SALUD CON CAMA	29
	C. COMITÉ LOCAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD-INSTALACIONES DE SALUD SIN CAMA QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE ALTO Y MEDIANO RIESGO.	34
X.	DISPOSICIONES FINALES	35
XI.	BIBLIOGRAFÍA	36





I. ANTECEDENTES

Las primeras acciones para conformar un Comité de Infecciones Nosocomiales, actualmente denominadas infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en Panamá datan de la década de los setenta, sin embargo, no fue hasta mediados de los años ochenta, cuando el control de infecciones se formaliza a partir de la elaboración en 1985 de las Normas para la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Fueron los centros hospitalarios nacionales, Hospital Santo Tomás y Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid los que iniciaron con las primeras actividades de prevención y control de infecciones en el país.

Mediante el Decreto Ejecutivo No. 268 de 17 de agosto de 2001, “Que determina los problemas de salud de notificación obligatoria”, Panamá establece los procedimientos para la notificación de enfermedades de interés en salud pública e incluye las infecciones nosocomiales dentro de esta categoría; este decreto además establecía sanciones ante el no cumplimiento de lo señalado en el mismo.

Ese mismo año se crea la Resolución No. 499 de 28 de diciembre de 2001, “que crea los Comités Técnicos Nacional, Regionales y Locales para la Vigilancia, Prevención, y Control de las Infecciones Nosocomiales, sin embargo, ya las normas de 1985 habían definido su conformación y sus miembros. Durante el período 1999-2004 el Ministerio de Salud elaboró las primeras normas de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales del país.

En el año 2007 la Organización Panamericana de Salud realizó una evaluación con el fin de analizar las tendencias y el estado de los sistemas de vigilancia sanitaria en materia de legislación en infecciones hospitalarias en América Latina, evidenciando que en nuestro país había componentes que requerían ser fortalecidos.

La Caja de Seguro Social (CSS) ante la crisis del brote por Enterobacteriales productoras de carbapenemasa (KPC) en el año 2011 reorganizó su modelo de trabajo y creó la Coordinación Nacional de Infecciones Nosocomiales, quienes establecieron pautas para facilitar el abordaje en estas situaciones, invirtiendo en educación al personal y liderando la creación de las normas de prevención de infecciones de la CSS, las cuales fueron publicadas en el año 2015.

El Decreto Ejecutivo No. 1617 de octubre de 2014 “Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria”, define los tipos de vigilancia epidemiológica, vigilancia laboratorial y señala los procedimientos para su realización e introduce el término Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, en reemplazo del término Infecciones Nosocomiales utilizado anteriormente en el Decreto Ejecutivo No. 268 de 17 de agosto de 2001 el cual fue derogado. El Decreto Ejecutivo No. 1617, en su artículo 27, establece que “los hospitales públicos y privados deberán tener constituidos formalmente, unidades de epidemiología y equipos de respuesta rápida, que podrán ampliar o modificar, de acuerdo con el tipo de evento que se investiga, los cuales están obligados a cumplir las normas de vigilancia epidemiológica”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, realizó la segunda reunión de la Red Oficiosa de Prevención y Control de Infecciones en la Atención Sanitaria; el objetivo de la reunión consistió en definir los Componentes Básicos de la Prevención y el Control de Infecciones (PCI) para los programas nacionales y los programas de los establecimientos



sanitarios del nivel local, publicándose en el 2009 el informe “Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones de la OMS”.

Los componentes básicos de los Programas de PCI fueron actualizados en el año 2017 por la OMS y constituyen la base para la puesta en marcha y el funcionamiento eficaz de los programas y las prácticas de PCI. En el contexto de esta norma se detallan los componentes básicos del Programa de vigilancia, prevención, y control de las IAAS en salud, según la recomendación de la OMS, que sustentan la necesidad de contar con equipos nacionales, regionales y locales para el desarrollo de las actividades que permitirán dar cumplimiento a los componentes que se detallan a continuación:

Componente básico 1: Programa de prevención y control de IAAS.

Componente básico 2: Directrices de prevención y control de IAAS.

Componente básico 3: Formación y capacitación en PCI

Componente básico 4: Vigilancia de infecciones relacionadas con la atención de salud.

Componente básico 5: Estrategias Multimodales.

Componente básico 6: Seguimiento/auditoría de prácticas de PCI y notificación de resultados.

Componente básico 7: Carga laboral, dotación de personal y ocupación de camas (establecimiento de atención de salud).

Componente básico 8: Entornos construidos, materiales y equipos para la PCI a nivel de las instalaciones de salud.

Estas directrices sobre los componentes básicos constituyen un elemento clave en las estrategias de la OMS para prevenir las amenazas actuales y futuras, fortalecer la capacidad de resiliencia de los servicios de salud y ayudar a combatir la Resistencia Antimicrobiana (RAM), constituyéndose en una guía para que los países confeccionen sus propios protocolos nacionales para la PCI, los planes de acción sobre la RAM y además apoyen a los establecimientos de atención de salud a elaborar o fortalecer sus propios métodos de PCI.

La OMS propone cinco pasos para la puesta en práctica de los programas de PCI en los establecimientos de salud:

1. Preparación para la acción
2. Evaluación de referencia
3. Elaboración y ejecución de un plan de acción
4. Evaluación del impacto
5. Sostenimiento del programa a largo plazo.

En particular, el marco de evaluación de prevención y control de infecciones a nivel de los establecimientos de atención en salud (MEPCI) es una herramienta valiosa para apoyar los pasos 2 y 4 de este proceso. El paso 2 “evaluación de referencia” permite comprender y conocer la situación actual, incluyendo sus fortalezas y debilidades, para guiar un plan de acción y realizar mejoras. El paso 4 “evaluación del impacto” permite evaluar la eficacia de las actividades emprendidas en el contexto del plan de acción.





I. INTRODUCCIÓN

Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su atención en una instalación de salud y que dicho paciente no tenía, ni estaba incubando en el momento de su ingreso.

Cada día, las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias.

Organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (Reglamento Sanitario Internacional) han promovido la preparación de normas e instrumentos estandarizados para la prevención y control de infecciones asociados a la atención en salud, con el fin de garantizar la calidad de la atención médica; haciendo énfasis en la necesidad de contar con programa nacional de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud y un Comité técnico activo que apoye a los equipos; es por esto, que el presente documento establece las normas técnico-administrativas que rigen los aspectos relacionados con el Programa nacional de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud y del Comité técnico nacional y Comités locales de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

II. MARCO LEGAL

La norma de vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud y las normas para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud están publicados en los siguientes documentos legales:

1. Código Sanitario Ley 66 de 10 de noviembre de 1947. “Por la cual se aprueba el Código Sanitario” (Gaceta Oficial No. 10467 de 6 de diciembre de 1947).
2. Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014. Que determina y categoriza los Eventos de Salud Pública de Notificación e Investigación, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización.
3. Resolución No. 1304 del 17 de noviembre de 2017. Gaceta Oficial No. 28428. Que adopta las normas para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV).
4. Resolución No. 1305 del 17 de noviembre de 2017. Gaceta Oficial No. 28428. Que adopta la norma de Prevención de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Dispositivo de Acceso Vascular.
5. Resolución No. 1701 del 29 de diciembre de 2017. Gaceta Oficial No. 28459-A. Que adopta las normas de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).
6. Resolución No. 536 del 12 de abril de 2018. Gaceta Oficial No. 28528-A. Que adopta la norma para la Prevención y Control de Infecciones del Tracto Urinario Asociadas al uso de Catéter Urinario Permanente (CAUTI).



7. Resolución No. 510 del 28 de junio de 2019. Gaceta Oficial No. 28859. Que adopta la norma de medidas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.
8. Resolución No. 511 del 28 de junio de 2019. Gaceta Oficial No. 28859. Que adopta las normas para la prevención y control de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.

III. PROPÓSITO

Establecer directrices técnico-administrativas para la conformación y funcionamiento del Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y reorganizar el Comité Técnico Nacional y Comités Locales de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS en la República de Panamá.

IV. OBJETIVO GENERAL

Brindar las herramientas técnico-administrativa para la planificación y ejecución de las actividades de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud de todos los profesionales de salud que integran y/o participen en el Programa y en los Comités de vigilancia, prevención y control de IAAS.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir la estructura organizacional del Programa Nacional de PCI en los distintos niveles de atención y del Comité Técnico Nacional y Local de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.
2. Establecer las funciones y responsabilidades de los miembros del Programa de PCI y el Comité Técnico Nacional y Local de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud según el nivel donde se desarrolle.
3. Establecer alianzas estratégicas con los diferentes programas de salud, que coadyuven en el mejoramiento de la calidad y seguridad de la atención, que se brinda a los pacientes.

VI. ALCANCE

Esta norma es de cumplimiento obligatorio para todas las instalaciones de salud públicas y privadas en el país.



VII. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (PCI).

El Programa de PCI es un conjunto ordenado de actividades basado en normas, que utiliza recursos para la ejecución de acciones que contribuyan a los fines de la prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud en todas las instalaciones donde se realicen actividades asistenciales. Este programa estará apoyado por la vigilancia epidemiológica de las IAAS y un programa de capacitación continua.

A. NIVEL NACIONAL: PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS.

Es el encargado de desarrollar, dirigir y asegurar la ejecución del programa, así como todas las actividades administrativas, normativas y consultivas, relacionadas con éste.

a. UBICACIÓN Y DEPENDENCIA

El Programa Nacional de PCI se ubicará en el Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población (DISSP) de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud.

b. RECURSO HUMANO

Para el desarrollo operativo del programa, el mismo estará conformado por un equipo multidisciplinario constituido como mínimo por los siguientes profesionales: un médico, un epidemiólogo, una enfermera, un laboratorista clínico (ejercerá las funciones desde el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud) y otros miembros profesionales de la salud.

Este equipo contará con un Jefe de programa designado por la Dirección General de Salud Pública, que será seleccionado entre el recurso humano señalado en el párrafo anterior y ejercerá sus funciones a tiempo completo en el DISSP.

Este equipo multidisciplinario deberá contar con el siguiente perfil:

1. Médico: con formación o entrenamiento en prevención y control de IAAS y salud pública o afines. Ejercerá estas funciones a tiempo completo, en el DISSP.
2. Epidemiólogo (médico o enfermera): formación o entrenamiento en epidemiología y formación o entrenamiento en PCI.
3. Enfermera: con formación o entrenamiento en PCI y salud pública o afines, ejercerá estas funciones a tiempo completo en el DISSP. La Dirección Nacional de Enfermería realizará la asignación de este profesional.
4. Laboratorista clínico: el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), asignará a un profesional de la sección de microbiología del Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública (LCRSP), el cual ejercerá estas funciones desde el LCRSP.



5. Otros profesionales de la salud: con formación o entrenamiento en PCI y salud pública o afines y ejercerá estas funciones a tiempo completo o parcial en el DISSP (odontólogos, farmacéuticos, entre otros).

c. FUNCIONES

Las funciones del Programa Nacional para la PCI son:

Funciones Normativas y Gestión

1. Realizar un diagnóstico nacional de la situación de prevención y control de las IAAS.
2. Elaborar políticas y estrategias de PCI, acorde con las necesidades del país.
3. Elaborar el Plan Estratégico Nacional del Programa Nacional de PCI.
4. Elaborar el Plan Operativo Anual del Programa Nacional para la PCI, en concordancia con los componentes básicos, que incluya los recursos necesarios para el cumplimiento de las actividades.
5. Establecer los lineamientos básicos y recomendaciones para la elaboración de los planes operativos regionales y locales de PCI.
6. Elaborar y divulgar documentos normativos nacionales (normas, protocolos, guías, manuales técnico-administrativo, procedimientos, entre otros) relacionados con PCI y las estrategias de ejecución.
7. Elaborar los instrumentos de supervisión y evaluación de los componentes para su aplicación en las instalaciones de salud.
8. Revisar y actualizar cada cinco (5) años, las normas de PCI o según la necesidad.
9. Divulgar información actualizada relacionada con las IAAS.
10. Asesorar a las autoridades del Ministerio de Salud y de otras instalaciones de salud o afines, así como equipos locales sobre aspectos técnicos de PCI.
11. Participar en actividades nacionales e internacionales relacionadas con la PCI, en representación del Ministerio de Salud.
12. Coordinar y mantener una comunicación permanente con los Departamentos/Programas de la Dirección General de Salud Pública, direcciones del MINSA, instituciones del estado (CSS, ICGES, entre otras), instalaciones de salud privadas, entre otros para la inclusión e implementación de actividades relacionadas con la PCI en todos los niveles de atención.
13. Promover la coordinación interinstitucional para la implementación eficaz de las recomendaciones emitidas por el Comité Técnico Nacional para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS.
14. Elaborar pautas estandarizadas de prácticas eficaces para la prevención y control de la IAAS, que incluya precauciones estándar, precauciones basadas en el mecanismo de transmisión, procesos de limpieza y desinfección de superficies, proceso de esterilización de material médico-quirúrgico, entre otras.
15. Elaborar recomendaciones basadas en evidencia científica para las prácticas de prevención y control de las IAAS.



16. Recomendar las medidas de PCI necesarias para la contención de brotes o eventos inusuales y participar en la investigación de brotes cuando sea solicitado por las autoridades de salud, la institución afectada o por la magnitud del evento.

Funciones de Investigación, Capacitación y Docencia:

1. Gestionar con las entidades formadoras de recursos humanos la incorporación de contenidos académicos relativos a la vigilancia, prevención y control de las IAAS y la creación de propuestas académicas de formación y perfeccionamiento profesional para el fortalecimiento del sistema de salud.
2. Definir los contenidos técnicos mínimos para la inducción del personal de salud de primer ingreso y de educación continua de profesionales involucrados en la atención del paciente, personal de servicios de apoyo y administrativos.
3. Apoyar a los equipos de PCI en las actividades de educación continua para el fortalecimiento de las competencias técnicas en materia de PCI.
4. Organizar cursos, seminarios u otras modalidades docentes de manera periódica con contenidos de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
5. Promover y asesorar los proyectos de investigaciones relacionadas a la vigilancia, prevención y control de IAAS.
6. Promover y apoyar la implementación de estrategias multimodales para la mejora continua de las prácticas de PCI.
7. Cooperar científica y técnicamente con los distintos niveles de atención en la aplicación de medidas de PCI.

Funciones de evaluación, monitoreo, supervisión, análisis y retroalimentación.

1. Monitorear los avances en el cumplimiento del plan operativo del Programa Nacional y Regional de PCI.
2. Informar sobre los avances para el cumplimiento de las metas nacionales y las estrategias implementadas a todos los niveles.
3. Emitir informes técnicos-administrativos de la situación nacional de las IAAS y avances en el cumplimiento de metas y estrategias implementadas en materia de PCI a las autoridades y al Comité Técnico Nacional.
4. Analizar los resultados y tendencia de la vigilancia nacional que facilite la toma de decisiones administrativas y técnicas relacionadas con las IAAS en conjunto con el Departamento Nacional de Epidemiología.
5. Conocer los patrones de resistencia de los microorganismos ante los antibióticos a nivel nacional.
6. Supervisar el cumplimiento de las normas y directrices de los programas regionales y locales de PCI.
7. Realizar monitoreo y evaluación de las medidas de PCI, en concordancia con los componentes básicos.



8. Analizar e informar los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas a los niveles regionales y locales brindando las recomendaciones necesarias.
9. Dar seguimiento al cumplimiento o avance en la ejecución de las recomendaciones emitidas por el Programa Nacional de PCI y el Comité Técnico Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS.

d. RESPONSABILIDADES

Miembro	Responsabilidades
Jefe del Programa Nacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar y monitorear el trabajo de todos los miembros del Programa Nacional de PCI. 2. Desempeñar el cargo de secretario en el Comité Técnico Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 3. Participar en las salas de situación que se establezcan. 4. Designar a miembros del programa para que participen en actividades (reuniones, comisiones, capacitaciones entre otros) relacionadas con el programa. 5. Cumplir con las asignaciones que soliciten sus superiores jerárquicos en temas de PCI. 6. Coordinar las actividades que permitan la verificación del cumplimiento de medidas de PCI ante situaciones de contingencia, brote o seguimiento. 7. Definir los temas prioritarios a abordar relacionados con la PCI, basado en los resultados de la vigilancia de procesos. 8. Recomendar las medidas de intervención para la PCI en conjunto con los miembros del programa. 9. Elaborar los informes de las actividades ejecutadas por el Programa.
Epidemiólogo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con las funciones propias del programa. 2. Consolidar la información de vigilancia de procesos de las IAAS a nivel nacional. 3. Analizar los datos de la vigilancia de procesos y compararlos contra los estándares nacionales e internacionales. 4. Elaborar y enviar una copia de los informes de vigilancia de procesos y eventos relevantes al Jefe del Programa Nacional de PCI. 5. Participar en actividades de PCI en instalaciones de salud cuando la situación lo amerite.



	<ol style="list-style-type: none"> 6. Recomendar las medidas de intervención para la PCI en conjunto con los miembros del programa. 7. Evaluar el impacto de las intervenciones implementadas en conjunto con los otros miembros del programa y el Comité Técnico Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS. 8. Participar en las reuniones del Comité Técnico Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS, presentando un informe de la vigilancia de procesos más relevantes. 9. Analizar la información de la Vigilancia epidemiológica de las IAAS, remitida por el Departamento de nacional de Epidemiología en conjunto con los miembros del programa.
<p>Médicos, Enfermeras y otros miembros del programa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con las funciones propias del programa asignadas por el Jefe del Programa. 2. Participar en las reuniones del Comité Técnico Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS. 3. Brindar asesoría al personal de salud de las instalaciones que solicite información relacionada con PCI. 4. Recomendar en conjunto con los miembros del programa las medidas de intervención para la PCI. 5. Monitorear las medidas de PCI ante situaciones de brotes. 6. Participar en actividades de PCI en instalaciones de salud cuando la situación lo amerite. 7. Elaborar informes sobre las actividades de PCI realizadas y presentar al jefe del programa.
<p>Laboratorista Clínico (sección de microbiología)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con las funciones relacionadas con su competencia y aquellas que le solicite el jefe del Programa. 2. Asesorar al programa en aspectos de resistencia antimicrobiana y microbiología. 3. Participar en las reuniones del Programa de PCI. 4. Participar en las reuniones del Comité Técnico Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS. 5. Elaborar y presentar informe consolidado nacional de microorganismos y sus patrones de resistencia al Departamento de Epidemiología y al Programa Nacional de PCI. 6. Participar en actividades de vigilancia, prevención y control de IAAS en instalaciones de salud cuando la situación lo amerite.



	7. Comunicar al jefe del programa los eventos imprevistos o inusitados identificados en la sección de microbiología del LCRSP.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B. NIVEL REGIONAL: PROGRAMA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS.

Es el encargado a nivel regional de dar seguimiento a la ejecución del programa de PCI de las instalaciones bajo su responsabilidad, así como todas las actividades administrativas y consultivas, relacionadas con éste.

a. UBICACIÓN Y DEPENDENCIA

El Programa Regional de PCI se ubicará en la Región de Salud bajo el Departamento de Salud Pública.

b. RECURSO HUMANO

Para el desarrollo operativo del programa deberá asignarse a un Médico y/o Enfermera con formación o entrenamiento en PCI. La Enfermera será designada por la Jefatura regional de enfermería.

c. FUNCIONES

Las funciones del Programa Regional para la PCI son:

Funciones de Gestión

1. Elaborar el plan operativo del Programa de PCI.
2. Mantener la comunicación con el Programa Nacional de PCI y las Unidades/Programas de PCI de las instalaciones de salud bajo su responsabilidad.
3. Divulgar información actualizada relacionada con las IAAS a las instalaciones de salud bajo su responsabilidad.
4. Coordinar y mantener una comunicación permanente con los Departamentos/Programas de la Región de Salud, otras instituciones del estado (CSS, ICGES, entre otros), clínicas y hospitales privados, entre otros, para la inclusión e implementación de actividades relacionadas con la PCI.
5. Asesorar a las unidades de PCI del sector público y privado en temas relacionados con la PCI.
6. Recomendar medidas de PCI necesarias para la contención de brotes o eventos inusuales y participar en la investigación de brotes de ser solicitado por las autoridades de salud, la institución afectada o por la magnitud del evento.

Funciones de Capacitación y Docencia

1. Apoyar a las Unidades/Programas de PCI en las actividades de educación continua para el fortalecimiento de las competencias técnicas en materia de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.
Organizar cursos, seminarios u otras modalidades docentes de manera periódica con contenidos de vigilancia, prevención y control de las IAAS.



3. Promover y apoyar la implementación de estrategias multimodales para la mejora continua de las prácticas de PCI.
4. Promover los proyectos de investigaciones relacionadas a la vigilancia, prevención y control de IAAS.

Funciones de evaluación, monitoreo, supervisión, análisis y retroalimentación

1. Monitorear los avances del plan operativo de PCI de las instalaciones bajo su responsabilidad.
2. Vigilar los procesos de prevención y control y otros relacionados a las IAAS (infraestructura, esterilización, limpieza y desinfección, entre otros).
3. Supervisar el cumplimiento de las normas y directrices a nivel de Unidades/Programas de PCI en las instalaciones bajo su responsabilidad de la región de salud.
4. Informar al programa nacional los resultados de las actividades de PCI realizadas a nivel regional.
5. Analizar y retroalimentar los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas a las instalaciones de salud y brindar las recomendaciones necesarias.
6. Dar seguimiento al cumplimiento o avance en la ejecución de recomendaciones emitidas.
7. Analizar en conjunto con epidemiología regional los informes sobre la situación de las IAAS en las instalaciones de salud bajo su responsabilidad.
8. Conocer los principales patrones de resistencia antimicrobiana que predominan en las instalaciones de salud de su área de responsabilidad, y dar recomendaciones si amerita.

d. RESPONSABILIDADES

Miembros	Responsabilidades
Jefe del Programa Regional Médico y/o Enfermera	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un informe de gestión que incluya un consolidado de la situación de IAAS, actividades educativas y de supervisión realizadas. Este informe será enviado a la Dirección Regional y al Programa Nacional de PCI trimestralmente. 2. Realizar reuniones con los jefes de las Unidades/Programas de PCI de las instalaciones bajo su responsabilidad. 3. Participar en reuniones con las Unidades/Programas de PCI ante situaciones especiales (brotes o eventos inusuales). 4. Participar y apoyar la investigación y contención de brotes de las instalaciones de su responsabilidad. 5. Efectuar evaluaciones anuales a las instalaciones de salud de su área de responsabilidad y cuando se requiera ante situaciones especiales en coordinación con el programa nacional.



	<p>6. Brindar asesoría a los profesionales de la salud en aspectos de PCI.</p> <p>7. Realizar las coordinaciones necesarias para el apoyo logístico a nivel regional o nacional ante situaciones especiales como brotes, contingencia y seguimiento en las instalaciones bajo su responsabilidad.</p> <p>8. Enviar un informe consolidado de ejecución de los planes operativos de PCI de las instalaciones bajo su responsabilidad al Programa Nacional cada seis (6) meses.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C. NIVEL LOCAL: PROGRAMA/UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI).

A nivel local, el Programa de PCI será ejecutado según el tipo de instalación como se detalla a continuación:

1. Las **instalaciones de salud con camas** como hospitales de área, hospitales de pacientes con enfermedades crónicas, hospitales sectoriales, hospitales regionales, hospitales nacionales de referencia generales y especializados, institutos especializados, Centros Nacionales Especializados en Salud y los Hospitales privados contarán con una Unidad de Prevención y Control de Infecciones de la instalación de salud.
2. Las **instalaciones de Salud sin cama que realizan procedimientos ambulatorios de alto y mediano riesgo** como cirugías, hemodiálisis, procedimientos endoscópicos, entre otros, contarán con una Unidad de Prevención y Control de infecciones de la instalación de salud.
3. Las **instalaciones de salud sin cama que realizan procedimientos de bajo riesgo** como policlínicas básicas, policentros de salud, centros de salud, clínicas privadas ambulatorias, entre otras, contarán con un Programa de Prevención y Control de Infecciones.



a. UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (UPCI)-INSTALACIONES DE SALUD CON CAMAS

Es un grupo de profesionales de salud con funciones de asesoría técnica dedicados a realizar las actividades de PCI. Son considerados, además, como un equipo de respuesta rápida en situaciones extraordinarias relacionadas con brotes o aumento de las infecciones asociadas a la atención de salud. Además, de esta unidad, la instalación deberá conformar un Comité local de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud, el cual funcionará según se detalla en la página 30.

i. UBICACIÓN

La Unidad de Prevención y Control de Infecciones dependerá jerárquicamente de la Dirección médica de la instalación de salud.



ii. RECURSO HUMANO

Esta unidad debe contar con profesionales designados de manera permanente por la dirección médica, previa coordinación con los jefes inmediatos:

- Médicos generales.
- Enfermeras (designadas por la Jefatura de Enfermería de la instalación).
- Médico especialista en Medicina Interna, preferiblemente con subespecialidad en Enfermedades Infecciosas.
- Laboratorista clínico con especialidad o experiencia en microbiología, el cual físicamente permanecerá en el área del laboratorio.
- Profesional de la salud con formación o entrenamiento en epidemiología (responsable de la vigilancia epidemiológica de las IAAS).
- Captador de datos

Todos los profesionales designados a la Unidad deben tener formación o entrenamiento en vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.

El número de enfermeras y/o médicos generales que realizan las actividades de prevención y control de las IAAS en la Unidad debe ser en una relación de 1:100 (1 profesional por cada 100 camas hospitalarias) a tiempo completo.

El Jefe de la Unidad será designado por la Dirección Médica, el cual será seleccionado entre los profesionales asignados a la Unidad:

1. Debe contar con experticia y/o competencias en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, organización y planificación de servicios o afines.
2. Responde directamente a la Dirección Médica de la instalación y debe presentar informes sobre las situaciones y/o actividades al Comité local de vigilancia, prevención y control de infecciones de la instalación de salud.
3. Tiene la responsabilidad de organizar el trabajo de los profesionales de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones y dar seguimiento a lo planificado, por lo que todos los integrantes de esta unidad responden operativamente al Jefe de la unidad, independientemente de la formación académica de base que tengan o a la disciplina a la que pertenezcan administrativamente.
4. El tiempo asignado al Jefe de la Unidad estará en función al número de camas de la instalación de salud y la existencia de Unidades de Cuidados Intensivos y/o salas de hemodiálisis, según lo establecido en el siguiente cuadro:

300 o más camas + UCI + sala de hemodiálisis	40 horas semanales
299-101 camas + UCI y/o sala de hemodiálisis	32 horas semanales
299-101 camas	24 horas semanales
100-51 camas*	16 horas semanales
50 o menos camas*	8 horas semanales

*De contar con Unidades de Hemodiálisis o UCI se le asignaran 8 horas adicionales.



El tiempo asignado a los profesionales de la unidad, estará en función a lo establecido en el siguiente cuadro:

Hospitales/# camas	Enfermera/ Médico de PCI	Responsable de vigilancia epidemiológica de IAAS	Infectólogo/ Medicina interna	Microbiólogo	Captador de Datos
Con más 300 camas + UCI + Hemodiálisis	1:100 Tiempo completo	8 h/semana	8 h/semana	8 h/semana	Tiempo completo
Con 299-101 camas + UCI y/o Hemodiálisis	1:100 Tiempo completo	8 h/semana	4 h/semana	4 h/semana	Tiempo completo
Con 299-101 camas	1:100 Tiempo completo	4 h/semana	2 h/semana	2 h/semana	8 h/ semana
100-51 camas	1:100 Tiempo completo	4 h/semana	2 h/ semana	2 h/semana	-
50 o menos	24 h/semana	4 h/semana	-	-	-

El número de horas podrá incrementarse según los requerimientos dados ya sea para el trabajo rutinario o transitoriamente ante situaciones especiales.

iii. FUNCIONES

Funciones de Gestión

1. Desarrollar los componentes básicos del programa acorde con las directrices nacionales.
 2. Elaborar y ejecutar el plan operativo anual de la Unidad de PCI, en concordancia con los componentes básicos.
 3. Elaborar e implementar estrategias y procedimientos de PCI, acorde a las necesidades de la instalación.
 4. Adaptar e implementar las normas, protocolos, guías, manuales técnicos-administrativos, procedimientos nacionales de PCI de acuerdo con las características propias de la instalación.
 5. Mantener comunicación y coordinación permanente con el Programa Regional de Prevención y Control de Infecciones, Dirección Médica, Unidad de Epidemiología y las Jefaturas de servicios y departamentos.
 6. Divulgar información actualizada relacionada con las IAAS a las autoridades, al Comité local de PCI y a los Jefes de servicios o departamentos.
- Asesorar en aspectos técnicos de PCI a las autoridades, Jefes de servicios y departamentos.



8. Coordinar actividades de PCI con otras instancias vinculadas o relacionadas con el control de infecciones.
9. Participar en la investigación de brotes o eventos inusuales y establecer las medidas de PCI a implementar.
10. Participar durante la etapa de planificación y ejecución de proyectos de construcción, remodelación u otras modificaciones estructurales, orientando sobre potenciales riesgos y medidas de prevención y control ambiental a cumplir de acuerdo con el tipo de construcción, así como apoyar a los equipos de salud ocupacional, bioseguridad y personal del área intervenida en donde se estén cumpliendo las recomendaciones dadas.
11. Participar en los diferentes Programas y Comités de las instalaciones: Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA), Comité de Bioseguridad, Comité de calidad, entre otros.

Funciones de Investigación, Capacitación y Docencia:

1. Elaborar el plan de docencia anual para la PCI.
2. Desarrollar un programa de inducción para el personal de salud de primer ingreso: profesionales involucrados en la atención del paciente, personal de servicios de apoyo, administrativos, estudiantes, entre otros.
3. Elaborar material educativo de apoyo para completar el proceso de capacitación.
4. Mantener capacitación continua de los profesionales de atención directa y personal de los servicios de apoyo (farmacia, registros médicos, laboratorio, personal administrativo, personal de aseo, mantenimiento, entre otros).
5. Impulsar y apoyar las actividades de investigación relacionadas a las IAAS.

Funciones de evaluación, monitoreo, supervisión, análisis y retroalimentación

1. Vigilar los procesos de prevención y control y otros relacionados a las IAAS (higiene de manos, esterilización, limpieza y desinfección, entre otros).
2. Realizar monitoreo diario del uso de dispositivos invasivos.
3. Supervisar el cumplimiento de las normas de PCI.
4. Dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la unidad de PCI y/o el comité local de vigilancia, prevención y control de IAAS.
5. Realizar monitoreo y evaluación de las medidas de PCI, en concordancia con los componentes básicos.
6. Realizar la retroalimentación de los resultados del monitoreo, evaluaciones y recomendaciones a las autoridades, jefes de servicio o departamento, así como los avances para el cumplimiento de las metas y las estrategias implementadas.
7. Evaluar los avances en el cumplimiento del plan operativo de PCI.
8. Conocer el comportamiento de las tasas de IAAS y tendencia a través del tiempo en la instalación.
9. Analizar la información referente a los resultados obtenidos a través de los instrumentos de evaluación (pautas de cotejo, listas de verificación, entre otros) y realizar recomendaciones de acuerdo con lo encontrado.



10. Elaborar informes técnicos - administrativos, situación de salud y responsabilidades en materia de PCI.

iv. RESPONSABILIDADES

MIEMBRO	RESPONSABILIDADES
Jefe de la Unidad de Prevención y control de Infecciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificar y dar seguimiento al trabajo de todos los miembros de la Unidad. 2. Elaborar el plan operativo y de capacitación anual en conjunto con los profesionales de la unidad. 3. Desarrollar los protocolos y/o manuales basados en las normas nacionales en conjunto con los miembros de la Unidad. 4. Informar o comunicar al Director Médico y al Jefe de Epidemiología de la instalación, alguna situación de riesgo en materia de infecciones asociadas a la atención de salud que sean identificadas por miembros de la Unidad. y las acciones que se han implementado. 5. Mantener comunicación con las Jefaturas de servicios y departamentos sobre situaciones identificadas y propuestas de mejora. 6. Participar en actividades de capacitación e implementación de medidas de prevención y control. 7. Realizar informes periódicos y ante situaciones especiales a la dirección médica, a las Jefaturas de servicios, departamentos y al Comité local de PCI. 8. Solicitar asesorías al Programa Nacional o regional de PCI, ante situaciones que no puedan ser resueltas en este nivel. 9. Participar en las reuniones de la Unidad y del Comité local de vigilancia, prevención y control de IAAS. 10. Designar la participación de miembros de la Unidad, en los diferentes programa y comités que así se solicite. 11. Enviar informe de ejecución del plan operativo con frecuencia semestral al programa regional o nacional según corresponda.
Médicos Generales y/o Enfermeras de la unidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar vigilancia activa de procesos y situaciones de riesgo relacionadas con IAAS. 2. Realizar monitoreo del uso de dispositivos invasivos y enviar mensualmente el número de días dispositivo a la Unidad de Epidemiología. 3. Realizar el seguimiento a los casos de IAAS.



	<ol style="list-style-type: none"> 4. Recomendar las medidas de prevención y control de infecciones. 5. Verificar que las medidas de PCI implementadas al momento de la atención sean las que corresponden según el caso. 6. Monitorear el cumplimiento de las normas de PCI por parte del personal que realiza la atención directa. 7. Proporcionar asesoría en aspectos de PCI a todo el personal de salud. 8. Realizar las intervenciones de educación incidental y correcciones en el área, cuando identifique a un personal de salud, incumpliendo una medida de PCI contenida en la norma, y además reportar la situación al Jefe de la Unidad. 9. Comunicar los casos sospechosos y confirmados, brotes o eventos inusuales al Jefe de la Unidad de manera inmediata. 10. Participar en la planificación y realización de investigación, estudios y manejo de brotes epidémicos en conjunto con la Unidad de Epidemiología. 11. Realizar capacitaciones programadas o incidentales sobre temas de PCI. 12. Divulgar y promover el cumplimiento de las normas de PCI, con el propósito de prevenir la transmisión de infecciones al paciente, el personal y al público visitante. 13. Participar en la elaboración, revisión y actualización de normas de PCI. 14. Participar en las reuniones del comité local de vigilancia, prevención y control de IAAS.
<p>Laboratorista clínico (Sección de microbiología).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los microorganismos de interés epidemiológico que pueden estar relacionados con IAAS. 2. Reportar diariamente los resultados microbiológicos a los miembros de la Unidad PCI y epidemiología. 3. Notificar inmediatamente el aumento en el número de aislamientos de un agente o la aparición de nuevos microorganismos y/o nuevos mecanismos de resistencia a la Unidad de Epidemiología y a los miembros de la Unidad de PCI. 4. Realizar y enviar mensualmente al Jefe de la Unidad, el mapa microbiológico de la instalación de salud. 5. Participar en las reuniones del Comité local de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS.



	<ol style="list-style-type: none"> 6. Capacitar y/o recomendar pautas para la toma, manipulación y transporte de muestras. 7. Participar en actividades de capacitación e investigación en temas de IAAS, relacionados a su área de trabajo. 8. Asesorar a los profesionales de la Unidad de PCI y al Comité Local en temas de microorganismos relacionados con IAAS.
Responsable de la vigilancia epidemiológica de las IAAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorar a la Unidad de PCI sobre vigilancia epidemiológica y de procesos de las IAAS. 2. Presentar la situación epidemiológica de las IAAS en las reuniones del comité. 3. Informar a miembros de la Unidad sobre los casos que se detecten. 4. Analizar y presentar la información de la vigilancia epidemiológica de las IAAS a miembros de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones.
Medico Infectólogo y/o Internista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorar a los miembros de la Unidad y al Comité Local de Vigilancia, Prevención y control de IAAS. 2. Participar activamente en las actividades de educación continua de la Unidad de PCI. 3. Participar en las reuniones de la Unidad y del Comité Local de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS.
Captador de datos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir los formularios de vigilancia de procesos y monitoreo del uso de dispositivos invasivos diariamente y capturar la información de manera organizada en la base de datos. 2. Realizar una revisión general de los formularios recibidos y solicitar el llenado completo de las variables, en caso de estar incompletos. 3. Clasificar, organizar y archivar los formularios de vigilancia de procesos. 4. Actualizar, importar y exportar información entre los diferentes softwares para la recopilación de datos. 5. Informar las inconsistencias encontradas en los formularios recibidos. 6. Gestionar almacenamiento, respaldo y proceso de recuperación de la información en caso de pérdida. 7. Asegurar la protección y confidencialidad de la información a personas no autorizadas. 8. Cumplir con asignaciones afines dadas por el Jefe de la Unidad.



b. UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (UPCI)- INSTALACIONES DE SALUD SIN CAMAS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE ALTO Y MEDIANO RIESGO

i. UBICACIÓN

La Unidad de Prevención y Control de Infecciones dependerá jerárquicamente de la Dirección Médica de la instalación de salud.

ii. RECURSO HUMANO

Debe asignarse un médico y/o una enfermera con formación o entrenamiento en vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. En caso de ser enfermera, esta será designada por la Jefatura de Enfermería de la instalación de salud.

El tiempo dedicado a la Unidad de Prevención y Control de Infecciones será de 16 horas semanales. El número de horas podrá incrementarse según los requerimientos, ya sea por el trabajo rutinario o transitoriamente ante situaciones especiales.

iii. FUNCIONES

Funciones de Gestión

1. Desarrollar los componentes básicos del programa acorde con las directrices nacionales.
2. Elaborar y ejecutar el plan operativo anual de la Unidad de PCI, en concordancia con los componentes básicos.
3. Elaborar e implementar estrategias y procedimientos de PCI, acorde a las necesidades de la instalación.
4. Adaptar e implementar las normas, protocolos, guías, manuales técnicos-administrativos, procedimientos nacionales de PCI de acuerdo con las características propias de la instalación.
5. Mantener comunicación y coordinación permanente con el Programa Regional de Prevención y Control de Infecciones, Dirección Médica, Unidad de Epidemiología y las Jefaturas de servicios y departamentos.
6. Divulgar información actualizada relacionada con las IAAS a las autoridades, al Comité y a los Jefes de servicios y departamentos.
7. Asesorar en aspectos técnicos de PCI a las autoridades y Jefes de servicios y departamentos.
8. Coordinar actividades de PCI con otras instancias vinculadas o relacionadas con el control de infecciones.
9. Participar en la investigación de brotes o eventos inusuales y dictar las medidas de PCI a implementar.
10. Participar durante la etapa de planificación de proyectos de construcción, remodelación u otras modificaciones estructurales, orientando sobre potenciales riesgos y medidas de prevención y control ambiental, a cumplir de acuerdo con el tipo de construcción, así



como apoyar a los equipos de salud ocupacional, bioseguridad y personal del área intervenida que se estén cumpliendo las recomendaciones dadas.

11. Participar en los diferentes Programas y Comités de las instalaciones: Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA), Comité de Bioseguridad, Comité de calidad, entre otros.

Funciones de Investigación, Capacitación y Docencia

1. Elaborar el plan de docencia anual para la PCI.
2. Desarrollar un programa de inducción para el personal de salud de primer ingreso: profesionales involucrados en la atención del paciente, personal de servicios de apoyo, administrativos, estudiantes, entre otros.
3. Elaborar material educativo de apoyo para completar el proceso de capacitación.
4. Mantener la capacitación continua de los profesionales de atención directa y personal de los servicios de apoyo (farmacia, registros médicos, laboratorio, personal administrativo, personal de aseo, mantenimiento, entre otros).
5. Impulsar y apoyar las actividades de investigación relacionadas a las IAAS.

Funciones de evaluación, monitoreo, supervisión, análisis y retroalimentación

1. Vigilar los procesos de prevención y control y otros relacionados a las IAAS (infraestructura, esterilización, limpieza y desinfección, entre otros).
2. Supervisar el cumplimiento de las normas de PCI.
3. Dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la unidad de PCI y/o el comité local de vigilancia, prevención y control de IAAS.
4. Realizar monitoreo y evaluación de las medidas de PCI, en concordancia con los componentes básicos.
5. Realizar la retroalimentación de los resultados de evaluaciones y recomendaciones a las autoridades, jefes de servicio o departamento, así como los avances para el cumplimiento de las metas y las estrategias implementadas.
6. Evaluar los avances en el cumplimiento del plan operativo de PCI.
7. Conocer el comportamiento de las tasas de IAAS y tendencia a través del tiempo en la instalación.
8. Analizar la información referente a los resultados obtenidos a través de los instrumentos de evaluación (pautas de cotejo, listas de verificación, entre otros).
9. Elaborar informes técnicos - administrativos, situación de salud y responsabilidades en materia de PCI.



c. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL (PPCI)- INSTALACIONES DE SALUD SIN CAMAS

i. UBICACIÓN

El Programa de Prevención y Control de Infecciones dependerá jerárquicamente de la Dirección Médica de la instalación de salud.

ii. RECURSO HUMANO

Debe asignarse a una enfermera con formación o entrenamiento en vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.

El tiempo dedicado al Programa de Prevención y Control de Infecciones será de 8 horas semanales. El número de horas podrá incrementarse según los requerimientos dados ya sea para el trabajo rutinario o transitoriamente ante situaciones especiales.

iii. FUNCIONES

Funciones de Gestión

1. Desarrollar los componentes básicos del programa acorde con las directrices nacionales, de acuerdo con las características de la instalación.
2. Elaborar y ejecutar el plan operativo anual del Programa PCI, en concordancia con los componentes básicos.
3. Elaborar e implementar estrategias y procedimientos de PCI, acorde a las necesidades de la instalación.
4. Adaptar e implementar las normas, protocolos, guías, manuales técnicos-administrativos, procedimientos nacionales de PCI de acuerdo con las características propias de la instalación.
5. Mantener comunicación y coordinación permanente con el Programa Regional de Prevención y Control de Infecciones, Dirección Médica, Unidad de Epidemiología y las Jefaturas de servicios y departamentos.
6. Divulgar información actualizada relacionada con las IAAS a las autoridades y a los Jefes de servicios o departamentos.
7. Asesorar en aspectos técnicos de PCI a las autoridades y jefes de servicios y departamentos.
8. Coordinar actividades de PCI con otras instancias vinculadas o relacionadas con el control de infecciones.
9. Participar durante la etapa de planificación y ejecución de proyectos de construcción, remodelación u otras modificaciones estructurales, orientando sobre potenciales riesgos y medidas de prevención y control ambiental, a cumplir de acuerdo con el tipo de construcción, así como apoyar a los equipos de salud ocupacional, bioseguridad y personal del área intervenida que se estén cumpliendo las recomendaciones dadas.



10. Participar en los diferentes Programas y Comités de las instalaciones: Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA), Comité de Bioseguridad, Comité de calidad, entre otros.

Funciones de Investigación, Capacitación y Docencia

1. Elaborar el plan de docencia anual para la PCI.
2. Desarrollar un programa de inducción para el personal de salud de primer ingreso: profesionales involucrados en la atención del paciente, personal de servicios de apoyo, administrativos, estudiantes, entre otros.
3. Elaborar material educativo de apoyo para completar el proceso de capacitación.
4. Mantener la capacitación continua de los profesionales de atención directa y personal de los servicios de apoyo (farmacia, registros médicos, laboratorio, personal administrativo, personal de aseo, mantenimiento, entre otros).

Funciones de evaluación, monitoreo, supervisión, análisis y retroalimentación

1. Vigilar los procesos de prevención y control y otros relacionados a las IAAS (esterilización, limpieza y desinfección, entre otros).
2. Supervisar el cumplimiento de las normas de PCI.
3. Realizar monitoreo y evaluación de las medidas de PCI.
4. Realizar la retroalimentación de los resultados de evaluaciones y recomendaciones a las autoridades, jefes de servicio o departamento, así como los avances para el cumplimiento de las metas y las estrategias implementadas.
5. Evaluar los avances en el cumplimiento del plan operativo de PCI.
6. Conocer el comportamiento de las tasas de IAAS a nivel regional, enviado por epidemiología regional.
7. Analizar la información referente a los resultados obtenidos a través de los instrumentos de evaluación (pautas de cotejo, listas de verificación, entre otros).
8. Elaborar informes técnicos - administrativos, situación de salud y responsabilidades en materia de PCI.



VIII. COMITÉS DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

Son equipos multidisciplinarios de carácter consultivos que asesorarán en temas relacionados con la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.

Deberá conformarse un Comité Técnico Nacional y Comités locales de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud en las instalaciones de salud con camas y en instalaciones de salud sin cama que realicen procedimientos de alto y mediano riesgo.

A. COMITE TÉCNICO NACIONAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.

a. DEPENDENCIA

El Comité Técnico Nacional de Vigilancia Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud estará adscrito a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud.

b. MIEMBROS PERMANENTES

El Comité estará conformado por un representante principal y su suplente de las siguientes entidades y asociaciones:

1. Por el Ministerio de Salud:
 - a. El director (a) General de Salud Pública, quien lo presidirá o en su defecto la persona que el/ella designe.
 - b. El director (a) Nacional de Enfermería
 - c. Los miembros del programa nacional de prevención y control de IAAS
 - d. El responsable de la vigilancia de las IAAS del Departamento de Epidemiología.
 - e. Un (1) representante de la Sección de Hospitales del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población,
2. Por la Caja de Seguro Social:
 - a. Un (1) representante del Departamento de Epidemiología (responsable de la vigilancia de las IAAS).
 - b. Un (1) representante de la Coordinación Nacional de Infecciones Nosocomiales-
3. Un (1) representante de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones de cada uno de los hospitales nacionales (Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño, Instituto Oncológico Nacional, Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera),
4. Un (1) representante de las Unidades de Prevención y Control de infecciones de los hospitales privados, seleccionado por la Asociación Panameña de Hospitales Privados.
5. Un (1) representante de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Panamá.



c. MIEMBROS TRANSITORIOS

El Comité Técnico Nacional de vigilancia, prevención y control de IAAS podrá solicitar la participación transitoria de representantes de otros (as) direcciones/departamentos (Farmacia, Laboratorio, Saneamiento ambiental, Calidad de agua, entre otros), entidades o instituciones, cuando lo considere conveniente, atendiendo a la especialización y complejidad de los temas relacionados. Estos tendrán derecho a voz, pero no a voto en las sesiones del comité.

d. GRUPOS DE TRABAJO

Los miembros permanentes conformarán grupos de trabajo para desarrollar tareas específicas que el presidente del Comité Técnico Nacional de vigilancia, prevención y control de IAAS les designe, en coordinación con el programa nacional de PCI.

e. ORGANIZACIÓN

El Comité Técnico Nacional de vigilancia, prevención y control de IAAS será presidido por el Director (a) General de Salud Pública o quien el/ella designe. Contará con una Secretaría técnica la cual estará a cargo del Jefe del programa nacional de PCI en el Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población; esta secretaria será responsable de convocar a reuniones, verificar la asistencia de los miembros (quorum), confeccionar la agenda, dar seguimiento a los acuerdos y demás actividades de secretariado que se generen.

En ausencia del presidente, presidirá la reunión el secretario técnico, quien asignará la redacción del acta a otro de los miembros presentes.

f. FUNCIONES DEL COMITÉ TÉCNICO NACIONAL

1. Asesorar a las autoridades superiores en materia de vigilancia, prevención y control de IAAS ante situaciones y/o eventos de importancia en salud pública por los cuales fueron convocados.
2. Emitir criterio técnico de vigilancia, prevención y control de IAAS por los cuales fueron consultados ante situaciones y/o eventos de importancia en salud pública.
3. Apoyar al equipo técnico responsable en la revisión y divulgación de documentos de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas en la atención.
4. Apoyar en las capacitaciones y educación continua que se realicen.
5. Conocer la situación de las infecciones asociadas a la atención de salud en el país.
6. Evaluar el impacto de las acciones realizadas para enfrentar las situaciones y/o eventos por los cuales fueron convocados por el programa.

g. REUNIONES

Las reuniones del Comité Técnico Nacional serán ordinarias y extraordinarias y se realizarán en el Ministerio de Salud o en otro lugar que el comité previamente determine.



Las convocatorias a las reuniones se enviarán a los miembros, indicando el lugar, fecha y hora en que se realizarán, incluyendo el orden del día. Se levantará un acta que se leerá para su aprobación, rechazo o modificación.

Las reuniones ordinarias se realizarán de manera presencial o virtual cada tres meses; serán convocadas con diez días hábiles de anticipación y deberá incorporarse la agenda con los temas a tratar.

Las reuniones extraordinarias serán convocadas por la presidencia del comité, con al menos, dos días hábiles de anticipación a su realización. En la convocatoria se indicará el o los motivos de ésta y se tratarán solamente los asuntos para los cuales fueron convocadas.

El quorum será de la mitad más uno de sus miembros asistentes a la reunión ordinaria o extraordinaria, para que sea válida. La verificación del quorum de las reuniones se realizará mediante dos llamados con intervalos de 15 minutos, a partir de la hora fijada para el inicio de la reunión.

Las decisiones sometidas a la consideración del comité se tomarán por votación de mayoría absoluta de los miembros presentes y el presidente tendrá voto de calidad en caso de presentarse un empate.

Para tal efecto, se levantará el acta correspondiente de la sesión, la cual será firmada por todos los miembros que participaron en dicha reunión.

B. COMITÉ LOCAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD-INSTALACIONES DE SALUD CON CAMA

a. UBICACIÓN Y DEPENDENCIA

El Comité local de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud estará adscrito a la Dirección Médica de la instalación de salud.

b. MIEMBROS PERMANENTES

La conformación del comité puede variar de acuerdo con el nivel de complejidad y recursos de las distintas instalaciones de salud. Estará conformado por representantes de los departamentos, servicios y coordinaciones de la instalación de salud:

1. El Director(a) Médico, quien lo presidirá (indelegable)
2. El Director(a) Administrativo
3. Jefe del Departamento de Enfermería
4. Jefe del Departamento de Cirugía
5. Jefe del Departamento de Medicina Interna
6. Jefe del Servicio de Infectología
7. Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
8. Jefe del Departamento de Pediatría
9. Jefe de la Unidad de Epidemiología



10. Jefe de la Coordinación/Oficina de Calidad
11. Jefe del Departamento de Farmacia
12. Jefe del Departamento de Nutrición
13. Jefe de Salud Ocupacional
14. Jefe del Laboratorio Clínico
15. Unidad de Prevención y Control de Infecciones
16. Jefe de los Servicios Generales (Aseo)
17. Jefe de Docencia e Investigación
18. Jefe de Medicina Preventiva
19. Jefe de Salón de Operaciones
20. Jefe del Servicio de Urgencias
21. Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos
22. Jefe de Central de Equipo y Esterilización
23. Jefe del Almacén Médico Quirúrgico
24. Jefe del Programa de Optimización en el Uso de Antimicrobianos.



c. MIEMBROS TRANSITORIOS

El Comité local de vigilancia, prevención y control de IAAS podrá solicitar la participación transitoria de representantes de otras áreas, cuando lo considere conveniente, atendiendo a la especialización y complejidad de los temas relacionados. Estos tendrán derecho a voz, pero no a voto en las sesiones del comité.

d. GRUPOS DE TRABAJO

Los miembros permanentes conformarán grupos de trabajo para desarrollar tareas específicas que el presidente del Comité local de vigilancia, prevención y control de IAAS les designe, en coordinación con los profesionales de la Unidad de prevención y control de infecciones.

e. ORGANIZACIÓN

El Comité local será presidido por el Director (a) Médico de la instalación y contará con una secretaría técnica que será rotada anualmente entre todos los miembros del comité. Esta secretaría será responsable de convocar a reuniones, verificar la asistencia de los miembros (quorum), confeccionar la agenda, redactar las actas de las reuniones, dar seguimiento a los acuerdos y demás actividades de secretariado que se generen.

f. FUNCIONES DEL COMITÉ LOCAL

1. Asesorar a la Dirección Médica en temas de vigilancia, prevención y control de IAAS.
2. Revisar los avances en el cumplimiento del plan operativo y las medidas aplicadas para la PCI, basadas en las normas.
3. Impulsar estrategias de solución para la PCI de los problemas priorizados.
4. Proponer alternativas para la mejora en PCI en las diferentes áreas del hospital.



5. Emitir recomendaciones técnicas sobre aspectos de vigilancia, prevención y control de IAAS
6. Conocer el comportamiento de las IAAS en la instalación de salud.
7. Conocer el mapa microbiológico de la instalación y discutir el análisis de los patrones de resistencia de los microorganismos de la flora endémica hospitalaria.
8. Designar a cualquiera de sus miembros a formar parte de grupos de trabajo y/o participar en las reuniones a las que sean invitados como comité local.
9. Los miembros deben informar/divulgar a todo el personal bajo su cargo, el diagnóstico situacional y las medidas de intervención a implementar según los resultados de la vigilancia de las IAAS.
10. Solicitar asesorías al programa nacional de PCI, ante situaciones que no puedan ser resueltas en este nivel o que requieran una consulta más extensa de considerarlo necesario.

g. REUNIONES

El comité local deberá reunirse de manera ordinaria una vez al mes según el cronograma preestablecido, sin embargo, podrán ser convocados por el presidente a reuniones extraordinarias. En las reuniones ordinarias, los miembros del comité presentarán temas y situaciones de la vigilancia, prevención y control de infecciones que deben ser atendidos y/o resueltos por el comité local. Dentro de los puntos a tratar podemos mencionar:

1. Presentación de informes de indicadores de vigilancia epidemiológica y de la vigilancia de procesos de las IAAS.
2. Reporte de situaciones identificadas durante el monitoreo y evaluación de cumplimiento de directrices técnicas.
3. Revisar necesidades de capacitación del equipo de salud en temas de IAAS.
4. Conocer las necesidades de apoyo y desarrollo del laboratorio de microbiología.
5. Determinar la necesidad de normar nuevos procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento, uso de nuevas tecnologías, insumos y materiales, que sean necesarios para el cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones.
6. Presentar situaciones de riesgo identificadas en las diferentes áreas de atención.
7. Dar seguimiento a temas previamente abordados.
8. Otros temas de relevancia.

De las reuniones ordinarias y extraordinarias se emitirán actas o informes en donde se señalen los temas tratados, acuerdos y recomendaciones que serán enviados al director médico para los trámites correspondientes. Todos los documentos recibidos o enviados por el comité local, así como las actas e informes serán custodiados en un archivo en la Dirección Médica de la institución.



h. RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

MIEMBROS	RESPONSABILIDADES
<p>Director Médico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presidir las reuniones del comité local. 2. Garantizar la participación de todos los miembros del comité a las reuniones, sesiones y grupos de trabajo. 3. Instruir a las jefaturas de departamentos, servicios y coordinaciones el cumplimiento de las recomendaciones y decisiones tomadas por el comité y la unidad de prevención y control de infecciones. 4. Solicitar la aplicación de medidas disciplinarias, según lo establecido en el reglamento interno, cuando el empleo de los métodos de educación y concienciación se han agotado y el colaborador persiste con prácticas inadecuadas. 5. Garantizar y dar seguimiento para que se cumpla con todos los requerimientos necesarios para el fiel cumplimiento de todas las normas de vigilancia, prevención y control de IAAS (insumos, recurso humano, entre otros).
<p>Director Administrativo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar las gestiones necesarias para garantizar el abastecimiento y distribución de recursos necesarios para la vigilancia, prevención y control de las IAAS, 2. Apoyar e implementar las decisiones del comité. 3. Cumplir y hace cumplir las normas de PCI al personal bajo su cargo. 4. Participar en las reuniones del comité. 5. Asignar presupuesto para las actividades del Comité local y la Unidad de prevención y control de infecciones.
<p>Jefes de servicios o Departamentos Médicos y de Enfermería.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorar al comité en su área de competencia. 2. Conocer la situación de las IAAS de su departamento o servicio. 3. Presentar los nudos críticos de su servicio y/o departamento referente a lo relacionado a prevención y control de IAAS. 4. Participar en la toma de decisiones operativas y ejecutar las acciones a seguir en el departamento o servicio que representan. 5. Cumplir, divulgar y crear las condiciones para el ejecución de lo establecido en las normas, protocolos y procedimientos para la prevención y control de IAAS en el servicio o departamento que representan.



	<ol style="list-style-type: none"> 6. Supervisar que la atención que brinde su equipo de trabajo cumpla con los estándares de calidad que establecen las normas en materia de vigilancia, prevención, y control de IAAS en el servicio o departamento que representa. 7. Comunicar al comité y/o Unidad de prevención y control de infecciones, situaciones irregulares que ameriten una intervención especial. 8. Participar en las reuniones del comité local. 9. Facilitar la participación del personal bajo su cargo en las actividades docentes en temas de vigilancia, prevención y control de infecciones.
<p>Jefes de Servicios o Departamentos de apoyo y de áreas administrativas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorar al comité sobre aspectos relacionados a su área de competencia. 2. Mantener comunicación permanente con el comité y la unidad de PCI. 3. Participar activamente en el desarrollo de las actividades y reuniones del comité. 4. Apoyar las decisiones del comité ante el grupo que representa siendo el enlace entre el comité y sus colaboradores. 5. Proporcionar al Comité y/o a la Unidad de prevención y control de infecciones, información de su área de responsabilidad que pudiera ser relevante para la vigilancia, prevención y control de IAAS. 6. Participar en actividades de capacitación con temas relacionados a su competencia. 7. Facilitar la participación del personal bajo su cargo en las actividades docentes en temas de vigilancia, prevención y control de infecciones. 8. Supervisar que la atención que brinde su equipo de trabajo cumpla con los estándares de calidad que establece las normas en materia de vigilancia, prevención, y control de IAAS en el servicio o departamento que representa.

A continuación, se detallan las responsabilidades de los cargos dentro del comité local:

1. El presidente del comité local:
 - a. Convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias del comité.
 - b. Determinar los temas a tratar en las reuniones y sesiones de trabajo.
 - c. Dirigir las reuniones y debates que surjan.
 - d. Coordinar el desarrollo de tareas específicas, con los grupos de trabajo que se organicen.



- e. Dar seguimiento a los acuerdos administrativos y técnicos del Comité.
 - f. Realizar las coordinaciones con otros comités de la instalación de salud.
 - g. Facilitar el desarrollo de las intervenciones priorizadas por el comité.
 - h. Asistir a la convocatoria del Comité Técnico Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS, ante situaciones puntuales que así este lo solicite.
2. La secretaria técnica del comité local:
- a. Preparar la agenda de las reuniones y sesiones de trabajo.
 - b. Elaborar el acta de las reuniones y sesiones de trabajo.
 - c. Enviar el acta aprobada a todos los miembros del comité.
 - d. Informar los avances de los compromisos técnicos asumidos por algún miembro del comité.

C. COMITÉ LOCAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD-INSTALACIONES DE SALUD SIN CAMAS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE ALTO Y MEDIANO RIESGO.

Las instalaciones de salud de atención ambulatoria o sin camas de hospitalización pero que realizan procedimientos ambulatorios de alto y mediano riesgo deben crear su comité local el cual estará integrado por:

1. El Director Médico, quien lo presidirá.
2. El Director Administrativo
3. Jefe del Departamento de Enfermería
4. Responsable de Epidemiología
5. Jefe del Laboratorio
6. Médico o Enfermera de la Unidad de prevención y control de infecciones
7. Jefe de los Servicios Aseo



La Dirección Médica convocará a otros profesionales si considera necesaria su participación ya sea de manera transitoria o permanente.

Los comités locales de instalaciones sin cama deberán reunirse de manera ordinaria cada 3 meses según cronograma, sin embargo, podrán ser convocados por el presidente del comité a reuniones extraordinarias.

De cada reunión que realice el comité debe levantarse un acta, que estará bajo la responsabilidad de la secretaria técnica, que se designe para tal fin; la misma debe contener los temas discutidos, avances, nudos críticos, alternativas de solución, compromisos y listas de participantes.

Los miembros de este comité tendrán entre sus funciones:

1. Hacer que se cumplan las tareas asignadas por el comité.
2. Formar parte de grupos de trabajo y participar en las reuniones ordinarias y en las extraordinarias a las que sean convocados.
3. Ser los intermediarios entre el comité y el personal de sus departamentos, servicios y coordinaciones, siendo responsables de transmitir las decisiones tomadas y crear las condiciones necesarias para que puedan ser ejecutadas.



IX. DISPOSICIONES FINALES

- 1- Las instalaciones de salud con camas o sin camas de hospitalización pero que realizan procedimientos ambulatorios de alto y mediano riesgo deberán tener una Unidad de prevención y control de infecciones y un comité local de vigilancia, prevención y control de IAAS.
- 2- Las normas, protocolos y manuales de procedimientos de vigilancia, prevención y control deben estar disponibles en todos los departamentos y servicios para consulta de todos los colaboradores de la instalación de salud.
- 3- Todas las instalaciones de salud deberán elaborar programas de inducción al personal nuevo y programas de educación continua anual (acorde con el cargo del funcionario a capacitar), estableciendo metodologías para la evaluación del desarrollo de competencias y destrezas en el personal. Se recomienda que estos programas contengan como mínimo los siguientes temas:
 - a. Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención de salud.
 - b. Vigilancia epidemiológica de las IAAS (Notificación de sospecha de IAAS y brotes).
 - c. Precauciones estándar
 1. Higiene de manos.
 2. Equipo de protección personal.
 3. Etiqueta respiratoria.
 4. Práctica de inyecciones seguras.
 5. Manejo del instrumental y equipo médico quirúrgico (limpieza, desinfección y esterilización).
 6. Limpieza y desinfección de superficies.
 7. Manejo de desechos sólidos hospitalarios/manejo de ropa.
 - d. Precauciones basadas en la transmisión
 1. Precauciones en la transmisión por contacto.
 2. Precauciones en la transmisión por gotas.
 3. Precauciones en la transmisión aérea.
 - e. Técnica aséptica.
 - f. Estrategias Multimodales.
 - g. Servicios de agua, saneamiento e higiene en establecimientos de salud (WASH FIT)
 - h. Normas para la prevención y control de infecciones asociadas a dispositivos (NAV, CAUTI y de acceso vascular) y a infecciones de sitio quirúrgico.



X. BIBLIOGRAFÍA

1. Prevención de las infecciones nosocomiales Guía Práctica 2da edición OMS 2002.
2. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. 2017. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
3. Interim Practical Manual supporting national implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes. 2017. World Health Organization.
4. Norma de funcionamiento de los Comités Locales de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.CSS. 2020.
5. Manual de organización, de infecciones asociadas a la atención de salud. Hospital Santiago de Oriente Dr Luis Tisné Brousse. Chile. 2017.



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 408
De 14 de MARZO de 2025



Que aprueba la Norma de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, señala que es función del Estado velar por la salud de la población, entendida ésta como el completo estado de bienestar físico, mental y social; y el individuo, como parte de la comunidad, tiene el derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla.

Que la Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, establece que el Órgano Ejecutivo, a proposición del Ministerio de Salud, dictará el reglamento que determinará las enfermedades de notificación obligatoria, los estudios epidemiológicos y los medios y procedimientos de control; por ende, para cumplir con esta responsabilidad se necesita realizar una efectiva vigilancia del riesgo sanitario.

Que el artículo 19 del Decreto Ejecutivo No.1617 de 21 de octubre de 2014, que determina y categoriza los eventos de salud pública, de notificación e investigación obligatoria, lista las enfermedades o eventos de notificación obligatoria y en su numeral 41, establece como tal a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

Que, de acuerdo con la política nacional de salud vigente, es prioritario mejorar la calidad de los servicios de salud con la conformación y/o fortalecimiento de los comités de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).

Que las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) son un problema de salud pública, de gran importancia clínico-epidemiológica, debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad, los años de vida potencialmente perdidos de la población que afectan, el incremento en los días de hospitalización, produciendo mayores costos de atención y la carga emocional de pacientes y familiares.

Que la vigilancia epidemiológica permite conocer las tendencias de las infecciones asociadas a la atención de salud, contribuyendo a la implementación de medidas de prevención y control.

Que la vigilancia epidemiológica aporta información fundamental para la acreditación de las instalaciones hospitalarias y es un excelente indicador de calidad de atención.

Por lo tanto, **SE RESUELVE:**

Artículo Primero: Aprobar la Norma de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, que se reproducen en el Anexo I de la presente Resolución y que forma parte integral de la misma.





Resolución No. 408 de 14 de MARZO de 2025

Artículo Segundo: Establecer que la Norma aprobada en la presente Resolución es de estricto cumplimiento en todas las instalaciones hospitalarias públicas y privadas y clínicas hospitalares del territorio nacional, según su nivel de atención y grado de complejidad.

Artículo Tercero: La presente Resolución deroga la Resolución No.1701 de 29 de diciembre de 2017.

Artículo Cuarto: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947 y Decreto Ejecutivo No.1617 de 21 de octubre de 2014.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


FERNANDO BOYD GALINDO
Ministro de Salud





NORMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS)

Panamá 2025



Gaceta Oficial Digital

Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese el código **GO67E30D98E6DF7** en el sitio web www.gacetaoficial.gob.pa/validar-gaceta

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

DR. FERNANDO BOYD GALINDO
MINISTRO DE SALUD

DR. MANUEL ZAMBRANO CHANG
VICEMINISTRO DE SALUD

DRA. REINA ROA R.
DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA



La revisión y actualización de la Norma de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) ha sido realizada gracias al compromiso, cooperación, esfuerzo y participación de los siguientes colaboradores técnicos:

Ministerio de Salud – Nivel Nacional

Dra. Lizbeth Hayer	Departamento Nacional de Epidemiología
Dra. Liliane Valdés	Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población
Lcda. Itzél Solís	Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población

Caja de Seguro Social – Nivel Nacional

Dr. Rudick Kant	Departamento Nacional de Epidemiología
Dra. Yanela Arcia	Coordinación Nacional de Prevención y Control de Infecciones
Dr. Moisés Puerta	Coordinación Nacional de Prevención y Control de Infecciones
Dra. Gladys Guerrero	Jefa de Inteligencia Sanitaria y Seguridad Social

Hospitales Nacionales / Hospitales Regionales

Dra. Mercedes Fonseca	Hospital Regional Rafael Hernández
Dra. María Gutiérrez	Hospital José Domingo De Obaldía
Lcda. Mónica Pérez	Hospital Regional Anita Moreno
Dra. Yanitza Zernas	Hospital Luis Chicho Fábrega
Dra. Milagros Herrera	Hospital Regional Rafael Estévez
Dra. María Nieto	Hospital Regional Rafael Estévez
Lcda. Argelis Olmedo	Hospital Pacifica Salud
Dra. Amalia Rodríguez French	Hospital Santo Tomás
Dra. Mayrene Ladrón De Guevara	Hospital Santo Tomás
Dr. Alex Sánchez	Hospital Santo Tomás
Dra. Glendys Núñez	Hospital Santo Tomás
Lcda. Dayana Rodríguez	Hospital Santo Tomás
Lcda. Carolina Ramos	Hospital Santo Tomás
Lcda. Katherine Rivera	Hospital Santo Tomás
Lcdo. Miguel Sánchez	Hospital Santo Tomás
Dr. Nicolás González	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Dr. Abdías Caballero	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Martha Edwards	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Mayra García Mayorca	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Fulvia Miranda	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Sandra Calderón	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Yeny De León	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Dr. Rafael González	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Deyra Santana	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Dra. Elizabeth Castaño	Hospital del Niño
Lcda. Daysi de Morós	Hospital del Niño
Lcda. Helen Santamaría	Hospital Ciudad de la Salud
Dr. Teodoro León	Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos
Dra. Miriam González	Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos



Revisión Final

Ministerio de Salud – Nivel Nacional

Dra. Lizbeth Hayer	Departamento Nacional de Epidemiología
Dra. Liliane Valdés	Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población
Lcda. Itzel Solís	Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población

Caja de Seguro Social – Nivel Nacional

Dr. Rudick Kant	Departamento Nacional de Epidemiología
Dra. Yadis De León	Departamento Nacional de Epidemiología
Dra. Yanela Arcia	Coordinación Nacional de Prevención y Control de Infecciones
Dr. Moisés Puerta	Coordinación Nacional de Prevención y Control de Infecciones

Hospitales Nacionales / Hospitales Regionales

Dra. Milagros Herrera	Hospital Rafael Estévez
Dra. Amalia Rodríguez French	Hospital Santo Tomás
Dra. Mayrene Ladrón De Guevara	Hospital Santo Tomás
Dr. Alex Sánchez	Hospital Santo Tomás
Dra. Glendys Núñez	Hospital Santo Tomás
Lcda. Dayana Rodríguez	Hospital Santo Tomás
Lcda. Carolina Ramos	Hospital Santo Tomás
Lcda. Katherine Rivera	Hospital Santo Tomás
Lcdo. Miguel Sánchez	Hospital Santo Tomás
Dr. Nicolás González	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Dr. Abdías Caballero	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Martha Edwards	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Mayra García Mayorca	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Fulvia Miranda	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Sandra Calderón	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Yeny De León	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Dr. Rafael González	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Deyra Santana	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Lcda. Helen Santamaría	Hospital Ciudad de la Salud
Lcda. Daisy de Morós	Hospital del Niño
Dr. Teodoro León	Hospital de Especialidades Pediátricas
Dra. Miriam González	Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos



Consultor internacional

Dr. Arturo Sánchez López	Especialista en Prevención y Control de infecciones-CDC
--------------------------	---------------------------------------------------------





TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	
Marco Legal.....	
Objetivos.....	9
General	9
Específicos	9
Alcance de Aplicación	9
Definiciones y Conceptos	10
Población objeto de vigilancia	13
Vigilancia a pacientes con dispositivos invasivos	13
Vigilancia a pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos	14
Vigilancia de infecciones causadas por microorganismos de interés epidemiológico.....	16
Sistema de Información	17
Fuentes de información	17
Registro de la información.....	17
Notificación	17
Notificación Colectiva Semanal.....	18
Notificación Individual en Caso de Brote.....	18
Notificación Individual de casos confirmados de IAAS causadas por microorganismos de interés epidemiológico	19
Notificación de Defunciones.....	19
Calidad de la información	19
Consolidación, Análisis y Divulgación de la Información.....	19
Responsabilidades por niveles y cargos.....	20
Monitoreo y Evaluación del sistema de vigilancia de IAAS	25
Indicadores de vigilancia epidemiológica de IAAS	25
Índices de Referencia.....	30
Supervisión y Evaluación del sistema de vigilancia de IAAS	32
Brotos de IAAS.....	33
Consideraciones generales para la Vigilancia epidemiológica de las Infecciones asociadas a la atención de IAAS.....	36
Criterio de Caso	37



Definiciones de Caso37
Formularios 99
Referencias Bibliográficas..... 128



Introducción

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) son un problema de Salud Pública de gran importancia en el aspecto económico, social y emocional debido al incremento de la morbilidad y mortalidad; aumento en los costos de la atención, los cuales se derivan en la necesidad de utilizar terapéuticas especiales incrementando el tiempo de hospitalización y el desarrollo de cepas con resistencia a los antimicrobianos.

Las IAAS constituyen un excelente indicador de la calidad de la atención brindada a los pacientes y, por lo tanto, del nivel de gestión asistencial de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En términos generales, las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) son infecciones contraídas por los pacientes durante su proceso de atención en un servicio de salud, sin que exista evidencia de signos y síntomas de infección presentes o en período de incubación al momento del ingreso a la instalación. El paciente estará expuesto al riesgo de una infección por recibir atención en una instalación de salud, particularmente cuando requiera tratamientos o procedimientos invasivos.

Una de las principales herramientas para conocer el comportamiento de las enfermedades en la población es la vigilancia epidemiológica. La vigilancia de las IAAS permite la observación activa de la frecuencia de infecciones y distribución de los procesos infecciosos adquiridos en las instalaciones de salud contribuyendo a la toma de decisiones orientadas al control y prevención.

La vigilancia epidemiológica es una de las actividades fundamentales en el control de infecciones contribuyendo a obtener información sobre su incidencia y factores de riesgo, identificando áreas problema y aportando información fundamental para la detección oportuna de brotes.

Para que la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) funcione adecuadamente es necesario que los responsables de su ejecución conozcan este proceso. Con este documento se actualizan los lineamientos de la vigilancia epidemiológica de las IAAS en las instalaciones de salud de la República de Panamá.

Este documento contiene objetivos, responsabilidades, definiciones de caso, manejo de brotes, sistema de información, indicadores de vigilancia epidemiológica, formularios para el registro y notificación de los casos. Esperamos sea de gran utilidad para garantizar la calidad de servicios de salud a nuestra población.



Marco Legal

1. **Constitución Política de la República de Panamá.**
2. **Código Sanitario Ley 66 de 10 de noviembre de 1947**
Título Segundo: Enfermedades Transmisibles, Capítulo Primero, Artículos 136 y 137.
3. **Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969**
“Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud”.
4. **Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969**
Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud en desarrollo del Decreto de Gabinete No.1 de 15 de enero de 1969.
5. **Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014**
Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización.
6. **Resolución No. 1304 de 17 de noviembre de 2017**
Que adopta las normas para la Prevención de la Neumonía asociada a la Ventilación Mecánica (NAV).
7. **Resolución No. 1305 de 17 de noviembre de 2017**
Que adopta las normas de Prevención de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Dispositivos de Acceso Vascular.
8. **Resolución No. 536 de 12 de abril de 2018**
Que adopta la norma para la Prevención y Control de Infecciones del Tracto Urinario Asociadas al uso del Catéter Urinario Permanente (CAUTI).
9. **Resolución N°510 de 28 junio de 2019**
Que adopta las normas de medidas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.
10. **Resolución No. 511 de 28 junio de 2019**
Que adopta las normas para la prevención y control de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.
11. **Resolución No. 741 de 18 de octubre de 2024**
Que crea el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, el Comité Técnico Nacional y los Comités Locales de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y aprueba la Norma Técnico-Administrativa del precipitado Programa y Comités.



Objetivos

General:

Conocer el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) para la implementación temprana de las acciones de prevención y control ante estos eventos.

Específicos:

1. Definir los eventos relacionados a las IAAS objeto de vigilancia.
2. Analizar e interpretar los datos de IAAS para determinar las tendencias y los cambios en la ocurrencia de las infecciones.
3. Identificar los factores de riesgo asociados a las IAAS.
4. Proporcionar información para establecer medidas de prevención y control de las IAAS.
5. Detectar, notificar e investigar la ocurrencia de brotes de IAAS de manera oportuna.
6. Evaluar la eficacia e impacto de las medidas de prevención y control de las IAAS.
7. Divulgar los resultados obtenidos del análisis de datos y factores de riesgo.
8. Facilitar el desarrollo de investigaciones relacionadas a IAAS.
9. Conocer el mapa microbiológico de los microorganismos aislados en la instalación.
10. Conocer el patrón microbiológico de las infecciones asociadas a dispositivos invasivos.

Alcance de Aplicación

El cumplimiento de esta Norma es de carácter obligatorio en todas las instalaciones de salud que realicen procedimientos invasivos y/o quirúrgicos a nivel nacional.





Definiciones y Conceptos

Agente infeccioso: es un microorganismo capaz de producir una infección o colonización a un huésped susceptible.

Brote: es la aparición de dos o más casos o eventos de salud pública asociados en tiempo, lugar y persona; cambio de la frecuencia de hospitalizaciones o muertes, o cambio en la afectación de poblaciones humanas que supera los valores esperados. En caso de infecciones nuevas o reemergentes, un solo caso se considerará un brote.

Caso sospechoso: es una persona susceptible que presenta algunos síntomas o signos compatibles con el evento de salud de notificación obligatoria.

Caso confirmado: es el caso sospechoso con evidencia definitiva de laboratorio y/o imagenológica, con o sin signos y/o síntomas compatibles con un evento de salud de notificación obligatoria.

Casos esperados: son aquellos casos que, sobre la base de experiencias anteriores, debemos observar en un periodo de tiempo y lugar determinado en ausencia de brote. Se trata de la frecuencia habitual de presentación de la infección en tiempo y espacio.

Colonización: es la presencia de un(os) agente(s) infeccioso(s) en piel, membranas mucosas, heridas abiertas, excreciones o secreciones que no están causando síntomas y/o signos clínicos de infección al momento de la evaluación. Una colonización NO es considerada una infección.

Conglomerado: es la agregación inusual, real o aparente, de eventos de salud que están agrupados en tiempo y/o en espacio.

Contacto: paciente susceptible de haber tenido una exposición directa (poco probable en el caso de pacientes de UCI o Neonatología) o indirecta (a través de fómites o manos del mismo personal sanitario) con un paciente infectado o colonizado por un germen.

Contaminación: alteración del estado (inicial) de pureza de un medio o cultivo por el desarrollo de microorganismos no deseados. Puede significar tanto la pérdida de esterilidad de un medio, como el crecimiento de un tipo de microorganismo no deseado.

Densidad de incidencia: tipo de incidencia en el que se restringe el cálculo a un periodo de tiempo durante el cual el total de la población provee información. Ésta se considera una medida de tasa instantánea de desarrollo de una enfermedad en una población. El denominador es la suma del tiempo de cada individuo al riesgo o la suma del tiempo que cada persona permanece bajo observación y libre de enfermedad.

Días de exposición al dispositivo (días dispositivo): es la sumatoria de días desde la fecha de colocación hasta la fecha de retiro durante el periodo de hospitalización o hasta su egreso (en el caso de que el paciente egrese con el dispositivo no se contabilizarán los días después del egreso). La fecha de colocación y la fecha de retiro o egreso con el dispositivo aportarán cada una 1 (un) día de exposición para la contabilización total, independiente de la hora de ejecución del proceso. Se obtiene de la diferencia entre la fecha de retiro y la fecha de colocación de cada dispositivo más 1 (un) día.



Días paciente: es el conteo diario del número de pacientes en un servicio/sala de hospitalización durante un tiempo determinado. Es el número de días que los pacientes que ocupan una cama pasan en la institución. Para este cálculo: 1 (un) día se cuenta a la medianoche y el día de egreso no se cuenta como un día adicional. Esto significa que un paciente admitido hoy y dado de alta mañana representará 1 (un) día paciente. Los pacientes diurnos tendrán cero días de pacientes ya que no se quedan después de la medianoche y no deben incluirse en el recuento total.

Estancia hospitalaria prolongada: es el tiempo de permanencia en el hospital más allá del tiempo estimado para la resolución de un problema específico de salud.

Factor de riesgo: es un atributo o característica que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una infección asociada a la atención de salud. Se define también como la condición o situación a la cual se expone un huésped, capaz de alterar su estado de salud.

Fuente: es la persona, animal, objeto o sustancia por el cual un agente infeccioso se transmite al receptor o huésped susceptible.

Huésped susceptible: es la persona que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

Incidencia: medida de frecuencia que se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida durante un periodo de tiempo determinado.

Infección asociada a la atención de salud (IAAS): es una condición localizada o sistémica resultante en una reacción orgánica a la presencia de un(os) agente(s) infeccioso(s) o sus toxinas, sin que exista evidencia de signos y síntomas de infección presentes o en periodo de incubación al momento del ingreso a la instalación.

Una infección es considerada una IAAS si reúne los criterios establecidos en las definiciones de caso y aparece en o después de 48 horas del ingreso del paciente o hasta 72 horas posterior a su egreso.

Se excluyen las complicaciones o la diseminación de las infecciones ya presentes en el momento del ingreso, excepto cuando un cambio de patógeno o sintomatología sugiera la adquisición de una nueva infección.

Investigación inmediata: es la búsqueda de información necesaria y complementaria de todo rumor, sospecha, caso o defunción, de un evento de salud y sus contactos, en menos de cuarenta y ocho horas (48h), contados a partir del momento en que se conoce de su existencia.

Mapa microbiológico: es un informe microbiológico a partir de microorganismos aislados de cultivos de muestras clínicas, en el cual se realiza la sistematización de la información microbiológica generada en el establecimiento de salud a partir de los cultivos de pacientes hospitalizados y ambulatorios en un periodo de tiempo determinado.



Notificación inmediata: es la notificación de eventos de salud relevantes asociados a IAAS, por vía telefónica o digital, en menos de dos horas (2h) contadas a partir del momento en que se conoce de su existencia.

Paciente(s) expuesto(s): aquello(s) que está(n) o ha(n) estado en contacto con un factor de riesgo, y que, al mismo tiempo, son susceptibles de desarrollar infección. En caso de brote, serán los pacientes que comparten el mismo espacio físico con un caso confirmado durante el periodo del brote.

Percentil: es el valor por debajo o encima del cual se encuentra un conjunto de observaciones.

Periodo de tiempo de infección repetida (RIT): es el período de tiempo de 14 días en el que no se reportan nuevos contagios del mismo tipo, a partir de la fecha del evento.

Reservorio: cualquier persona, animal, planta u objeto inanimado donde un agente patógeno vive, se multiplica y del cual depende para su supervivencia.

Supervisión: es el proceso constante de recolección y análisis de información sobre la ejecución, que requiere una verificación constante de la implementación de las actividades programadas para ver si se están llevando a cabo de acuerdo a lo planificado y para tomar medidas correctivas oportunamente según sea necesario.

Tasa de ataque: es la probabilidad de que una persona expuesta al factor de riesgo desarrolle la enfermedad. Se calcula dividiendo el número de pacientes infectados entre el número de pacientes expuestos multiplicado por cien.

Tasa de letalidad: proporción de personas que contraen una enfermedad y mueren a causa de la misma durante un periodo determinado.

Transmisión por aire (tamaño menor de 5 μm): se produce por partículas que permanecen suspendidas en el aire durante un tiempo variable, a una distancia mayor de 2 metros y especialmente en lugares cerrados con escasa ventilación.

Transmisión por contacto

- a) **Contacto directo:** es el mecanismo de transmisión que se produce por contacto físico entre una fuente de infección y un huésped susceptible, permitiendo la transferencia de los microorganismos de persona a persona.
- b) **Contacto indirecto:** es el mecanismo de transmisión que se produce cuando un huésped susceptible tiene contacto con un objeto contaminado (animado o inanimado).

Transmisión por gotas (tamaño entre 5 – 10 μm): se produce cuando una persona está en contacto estrecho (menos de 1 metro) con una persona infectada con síntomas respiratorios (tos o estornudos), que esté hablando o durante procedimientos invasivos. En estos casos, las gotas pueden alcanzar la boca, nariz o los ojos de una persona susceptible y provocar la infección.



Unidad del paciente: es el área que incluye al paciente y todas las superficies inanimadas que toca o que se encuentran en contacto físico con él, además las superficies que suele tocar el personal de salud. Se le conoce también como zona o entorno del paciente

Unidad / Programa de Prevención y Control de Infecciones: grupo de profesionales de la salud dedicados a desarrollar las actividades de prevención y control de Infecciones en las instalaciones de salud.

Vigilancia epidemiológica de las IAAS: es un proceso sistemático, activo, selectivo, periódico y continuo de la ocurrencia y distribución de las IAAS, y de los eventos o condiciones que aumentan el riesgo de que se produzcan para generar información que se analizará, interpretará y difundirá de manera oportuna.

Población objeto de vigilancia

Por su alto riesgo de adquirir una infección, la vigilancia epidemiológica de las IAAS se realizará en pacientes con factores de riesgo específicos: pacientes con dispositivos invasivos, pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y pacientes hospitalizados e infectados por microorganismos causantes de IAAS de interés epidemiológico.

Vigilancia a pacientes con dispositivos invasivos

Para fines de esta Norma, se presentan los criterios de inclusión y exclusión en pacientes con dispositivos invasivos.

Dispositivo	Criterio de Inclusión	Criterio de Exclusión
Catéter umbilical	Neonato con catéter umbilical arterial y/o venoso colocado por más de 1 (un) día. Para efectos de la vigilancia, ambos dispositivos se consideran como 1 (uno) sólo por paciente.	No aplica
Catéter de vía central (CVC)	Pacientes adultos, pediátricos y neonatos hospitalizados en cualquier servicio/sala/unidad del hospital con al menos 1 (uno) de los siguientes tipos de accesos vasculares en uso por más de 1 día calendario: a) CVC cerca del corazón o que su punta esté en el lumen de un gran vaso: aorta, arteria pulmonar, venas cavas superior e inferior, venas braquiocefálicas, vena yugular interna, vena subclavia, vena ilíaca externa, vena ilíaca común, vena femoral b) CVC de inserción periférica (PICC) c) CVC de corta duración o transitorios d) CVC de larga duración (sean tunelizados o de reservorio)	a) Catéter de asistencia ventricular b) Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) c) Catéter arteria femoral d) Balón de contrapulsación intraaórtico e) Cable de marcapaso y desfibriladores f) Catéter transtorácico intracardiaco: marcapasos, Swan Ganz, etc. g) Injerto HeRO de acceso para hemodiálisis h) Catéter periférico corto que accede a un gran vaso i) Catéteres líneas periféricas o midline





	Aquellos CVC donde se administran soluciones incluyendo nutrición parenteral, fármacos continuos o intermitentes y para toma de muestra se consideran en uso.	
Catéter urinario	Paciente pediátrico y adulto hospitalizado con catéter urinario colocado por vía uretrovesical y por vía suprapúbica por más de 1 (un) día calendario.	Paciente con alteración de la función vesical u obstrucción ureteral u obstrucción crónica de la vía urinaria baja que no cuenta con un urocultivo al momento del ingreso.
Ventilación mecánica invasiva (VMI)	Paciente adulto, pediátrico y neonatal conectado a ventilación mecánica invasiva, sea para ventilación o expansión pulmonar por medio de una interfaz endotraqueal sea orotraqueal, nasotraqueal o por traqueostomía por más de 1 (un) día calendario.	Paciente conectado a dispositivo de ventilación y expansión pulmonar que suministran presión positiva a las vías respiratorias (ejemplo: CPAP, Bipap, bi-level, IPPB y PEEP) a través de medios no invasivos (como cánula nasal, máscara nasal, máscara facial completa, máscara total). Estos dispositivos no se consideran ventiladores a menos que se administre a través de una vía aérea artificial (endotraqueal oral/nasal o tubo de traqueostomía)

Fuente: Manual del Sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS, Chile 2021; Manual del componente de seguridad del paciente, Red Nacional de seguridad en salud (NHSN). Enero 2022

Vigilancia a pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos

La vigilancia en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos se realiza para identificar las infecciones de sitio quirúrgico con o sin compromiso de planos profundos.

Para efectos de esta Norma, se vigilarán todas las cirugías limpias y limpias contaminadas y se establecerán cirugías trazadoras de acuerdo con la capacidad resolutive de la instalación.

En general, las cirugías trazadoras objeto de vigilancia epidemiológica son:

- Prótesis de rodilla, Prótesis de cadera, Reducción abierta con fijación interna
- Revascularización (Bypass) coronaria con safena y sin safena, Cirugía cardiaca no coronaria
- Cesárea, Histerectomía vaginal, Histerectomía abdominal, Mastectomía, Prostatectomía
- Colecistectomía laparoscópica, Colecistectomía abierta (por laparotomía), Apendicectomía no complicada
- Laminectomía, Craneotomía, Derivación ventrículo peritoneal
- En hospitales pediátricos se incluyen: Cirugía correctiva de extremidades, Colocación de fijador externo, Reducción cerrada con clavos, Cierre de ductus, Aortoplastía, Reparación de gastrosquisis, Corrección de atresia esofágica, Plicatura del diafragma, Uretroplastía, Laparotomía exploratoria sin apertura de órganos

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión para ciertos procedimientos quirúrgicos, que requieren una aclaración al respecto. También se considerará como criterio de exclusión un valor de ASA 5 – 6 en todos los procedimientos quirúrgicos.





Procedimiento	Criterio de Inclusión	Criterio de Exclusión
Cirugía de Prótesis de cadera	Pacientes operados de artroplastia de cadera, sean éstas: parcial, total o bilateral	Osteosíntesis de cadera. Artritis séptica. Cirugías con materiales de osteosíntesis distintos a prótesis como clavos endomedulares, placas, tornillos. Recambio o revisiones de prótesis por sospecha de infección
Revascularización coronaria con safena o sin safena (ByPass)	Pacientes con revascularización miocárdica con o sin procedimiento intracardiaco.	No aplica
Cesárea con y sin trabajo de parto	Atención del parto por cesárea incluyendo aquellas con salpingectomía y técnica Pomeroy.	Paciente que es histerectomizada durante el parto. Estas pacientes de presentar infección se contabilizarán en histerectomías. Paciente con corioamnionitis o infección ovular al momento del parto.
Cirugía de Colectomía abierta (por laparotomía)	Pacientes operados por colectomía con técnica abierta (por laparotomía) incluyendo las cirugías que se realicen con otro acto quirúrgico (colectomía en contexto de una cirugía gástrica). Pacientes con conversión de técnica video laparoscopia a laparotomía (abierta)	Paciente que será operado por cáncer de vesícula y otras cirugías oncológicas del sistema digestivo que incluyan la colectomía. Hallazgo de cáncer en el intraoperatorio. Cirugía con diagnóstico previo de colangitis.
Cirugía de Colectomía por video laparoscopia	Pacientes operados por colectomía con técnica por video laparoscopia.	
Cirugía de Apendicectomía no complicada	Pacientes adultos y pediátricos con apendicitis operados por cualquier tipo de técnica quirúrgica.	Paciente con perforación del apéndice Hallazgo de peritonitis en el intraoperatorio
Cirugía de Craneotomía	Pacientes adultos y pediátricos operados por tumor del sistema nervioso central por cualquier técnica quirúrgica.	Se excluyen cirugías por vía transesfenoidal
Derivación ventrículo peritoneal	Paciente adulto, pediátrico y neonato con primera válvula derivativa del sistema nervioso central que se coloca quirúrgicamente a nivel del ventrículo cerebral para evacuar de forma controlada el líquido cefalorraquídeo hacia el peritoneo.	Paciente con cambios de válvulas derivativas del sistema nervioso central Paciente con instalación derivativa con infección del sistema nervioso central demostrada, previamente a su colocación Paciente con instalación derivativa que presente traumatismo craneoencefálico abierto o penetrante Paciente con captosres de presión intracraneal sin lumen

Fuente: Manual del Sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS. Ministerio de Salud. Chile 2021



Vigilancia de infecciones causadas por microorganismos de interés epidemiológico

Esta vigilancia está dirigida a **pacientes hospitalizados** que adquieren una infección por un microorganismo de interés epidemiológico durante su hospitalización. Se priorizará en los principales microorganismos causantes de IAAS, que por su virulencia, potencial epidémico y capacidad de transferir el mecanismo de resistencia son de gran importancia.

La identificación de los pacientes se realizará por medio de la búsqueda activa de potenciales casos de infección y la búsqueda pasiva con el apoyo del laboratorio clínico.

Para efectos de esta Norma, se vigilarán las infecciones asociadas a la atención de salud o colonizaciones producidas por aquellos microorganismos de interés epidemiológico. A pesar de que las colonizaciones, **NO** son infecciones deberán vigilarse y aplicarse las medidas de prevención y control.

Entre los microorganismos objeto de vigilancia tenemos: *Clostridioides difficile*, *Candida auris*, *Enterobacterales* productoras de carbapenemasas tipo serino y *Enterobacterales* productoras de carbapenemasas tipo metalobetalactamasas.

Nota: el Departamento Nacional de Epidemiología Ministerio de Salud podrá agregar otros microorganismos según necesidad.



Sistema de Información

Fuentes de información

Las fuentes de información para el sistema de vigilancia de las IAAS en instalaciones de salud públicas y privadas serán las siguientes:

1. Observación directa y rumores
2. Historia clínica y registros de enfermería
3. Resultados de la Sección de Microbiología del Laboratorio clínico de la instalación y/o del Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública (LCRSP)
4. Registros Médicos y Estadísticas de Salud (REGES)
5. Reporte de Salud Ocupacional
6. Informe de Patología del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses o de la instalación
7. Informe de Imagenología
8. Certificado de defunción
9. Otros

Registro de la información

El registro de los casos se realizará en los siguientes documentos:

1. Formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de Salud Pública
2. Formulario de investigación de IAAS
3. Formulario de notificación de defunciones (VIGMOR) cuando el paciente tiene una IAAS activa al momento de la defunción



Estos registros serán consolidados utilizando Microsoft Excel o la Plataforma virtual del Sistema de Vigilancia (SISVIG).

Documentos en Microsoft Excel:

1. Informe de indicadores de vigilancia epidemiológica
2. Formulario de notificación obligatoria de brote de cualquier etiología
3. Formulario de caracterización de brote de cualquier etiología
4. Formulario de seguimiento de brote
5. Patrón microbiológico de infecciones asociadas a procedimientos invasivos

Formularios en la Plataforma virtual del Sistema de Vigilancia (SISVIG)

1. Formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de Salud Pública (cuando son casos confirmados asociados a brote)
2. Formulario de notificación de defunciones - VIGMOR
3. Formulario de notificación obligatoria de brote de cualquier etiología
4. Formulario de caracterización de brote de cualquier etiología

Las instalaciones hospitalarias deberán capturar los casos confirmados de IAAS y elaborar una base de datos local.

Notificación

1. La notificación se inicia en el nivel local por rumores y/o ante la presencia de casos sospechosos o confirmados, brotes o eventos relacionados a las IAAS.



2. El personal de salud que sospecha una IAAS deberá notificar mediante el llenado del formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de Salud Pública a la Unidad de Epidemiología y a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones de su instalación. En caso de sospecha o confirmación de una IAAS procedente de otra instalación (ya sea por un procedimiento invasivo realizado y/o detección de un microorganismo de interés epidemiológico), se deberá notificar a la Unidad de Epidemiología donde se realizó dicho procedimiento o detección para que realice la investigación correspondiente).
3. La investigación del caso será realizada por la Unidad de Epidemiología utilizando el formulario de investigación epidemiológica de las IAAS.
4. La Unidad de Epidemiología aplicará la definición de caso establecida en la norma para confirmar o descartar el caso e informará a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones si el caso fue confirmado o descartado para continuar o interrumpir las medidas de prevención y control.
5. Los formularios de investigación de los casos deberán permanecer en los archivos de la Unidad de Epidemiología.
6. En caso de eventos asociados a IAAS con posibilidades de constituir un problema de Salud Pública de importancia internacional, se realizará la notificación a la Organización Mundial de la Salud de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) del Ministerio de Salud.

La notificación e investigación de las IAAS es colectiva semanal e individual en caso de brote e infecciones causadas por microorganismos de interés epidemiológico:

Notificación Colectiva Semanal

Se notificarán de manera colectiva semanal: los casos confirmados de IAAS según edad y sexo y los microorganismos de interés epidemiológico causantes de IAAS según los códigos de CIE-10 establecidos.

Los datos serán recolectados por la Unidad de Epidemiología y enviados a Registros y Estadísticas de Salud (REGES) de la instalación quienes realizarán el registro de los casos confirmados por edad y sexo en el Módulo de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) de la Plataforma virtual del Sistema de Vigilancia (SISVIG) antes de la 1:00 pm del segundo día laboral de la semana epidemiológica.

En aquellas situaciones donde la confirmación del caso se produzca posterior a la semana epidemiológica de la notificación, el registro deberá actualizarse para la siguiente semana, pero en la semana correspondiente.

Notificación Individual en Caso de Brote

Los casos individuales pertenecientes a brotes de IAAS serán notificados en el Módulo individual de la Plataforma virtual del Sistema de Vigilancia (SISVIG) con los siguientes códigos CIE-10:

Evento	Código
Afección nosocomial ósea y articular	Y95.1 ¹⁴
Afección nosocomial del Sistema nervioso central	Y95.2 ²⁴
Afección nosocomial del Sistema cardiovascular	Y95.3
Afección nosocomial de ojos, oídos, nariz, boca o garganta	Y95.4 [★]





Afección nosocomial del Sistema gastrointestinal	Y95.5
Afección nosocomial del Aparato reproductor	Y95.6
Afección nosocomial de la piel y tejidos blandos	Y95.7
Afección nosocomial del tracto respiratorio	Y95.8
Afección nosocomial Neumonía asociada a ventilador mecánico	Y95.9
Afección nosocomial de Sitio quirúrgico	Y95.10
Afección nosocomial del Torrente sanguíneo asociada a catéter de vía central	Y95.11
Afección nosocomial del Tracto urinario asociada a catéter urinario permanente	Y95.12
Afección nosocomial del Sistema urinario en riñón, uréter, uretra o tejidos	Y95.13
Afección nosocomial	Y95.X

Notificación Individual de casos confirmados de IAAS causadas por microorganismos de interés epidemiológico

Se notificarán los casos confirmados de IAAS, sean infecciones o colonizaciones, causadas por microorganismos de interés epidemiológico dentro de las primeras 24 horas posterior a su detección mediante la siguiente codificación:

Microorganismo	Código
<i>Enterobacteriales</i> productoras de carbapenemasas tipo serino infectado	B96.92
<i>Enterobacteriales</i> productoras de carbapenemasas tipo serino colonizado	B96.91
<i>Enterobacteriales</i> productoras de carbapenemasas tipo metalobetalactamasas infectado	CEC.2
<i>Enterobacteriales</i> productoras de carbapenemasas tipo metalobetalactamasas colonizado	CEC.1
<i>Candida auris</i> infectado	CCA.2
<i>Candida auris</i> colonizado	CCA.1
<i>Clostridiodes difficile</i>	A04.7

Serino: KPC, OXA-48; **Metallo:** VIM, IMP, NDM, GIM

Notificación de Defunciones

Para efectos de esta Norma:

- Los pacientes que al momento de fallecer presentaban una IAAS activa, independientemente de que ésta sea o no la causa directa, contribuyente o no relacionada a la defunción, serán registrados por la Unidad de Epidemiología en el Módulo de vigilancia de la mortalidad de la Plataforma virtual del Sistema de Vigilancia (VIGMOR – SISVIGPLUS).
- Los pacientes que presentaron una IAAS durante su hospitalización, que fue resuelta y posteriormente fallecen, no serán registrados en VIGMOR-SISVIGPLUS.

Calidad de la información

Para asegurar la calidad del dato, la Unidad de Epidemiología deberá revisar y validar la información para evitar la duplicidad de casos y confirmar que el total de variables contenidas en el Formulario de Notificación de Eventos de Salud Pública sean registradas de manera correcta.

Consolidación, Análisis y Divulgación de la Información

La información deberá registrarse en una base de datos para su consolidación y análisis epidemiológico en base a los indicadores generales y específicos, incluyendo un análisis cualitativo de las limitantes, acciones programadas y realizadas, recomendaciones. Los informes de indicadores de vigilancia epidemiológica deben ser enviados en los primeros





20 días del mes al Director de la instalación, Jefes de servicio/departamento/unidad de la instalación, Epidemiología Regional y Nacional, Jefe del Programa Regional y Nacional de Prevención y Control de infecciones. Todo informe de indicadores que sea enviado posterior a esta fecha será considerado tardío para el sistema de vigilancia epidemiológica. La ausencia de casos de IAAS en el período de seguimiento, no exime la responsabilidad de realizar y enviar el informe de indicadores mensualmente.

La divulgación se realizará por medio de: boletines, circulares, notas, murales informativos, actas de reuniones e informes ejecutivos con el objetivo de brindar información actualizada que contribuya al fortalecimiento de las acciones de vigilancia, prevención y control de IAAS.

Responsabilidades por niveles y cargos

La organización de los niveles (local, regional y nacional) y cargos permite el intercambio e integración de la información contribuyendo al establecimiento de las estrategias de prevención y control de las IAAS.

Nivel Local	
Director de la Instalación de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales y Normas de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS. 2. Asegurar la existencia del recurso humano necesario para realizar las actividades de vigilancia, prevención y control de infecciones. 3. Asegurar la existencia de recursos logísticos y económicos para que se cumpla con las disposiciones establecidas en esta Norma. 4. Mantener informado a las autoridades sanitarias (Nacionales, Regionales e Institucionales) acerca de los resultados de la vigilancia y brotes relacionados a las IAAS.
Unidad de Epidemiología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar búsqueda activa e investigar todo rumor, caso sospechoso o confirmado de IAAS. 2. Coordinar la investigación en caso de brotes o eventos inusuales o inesperados relacionados a las IAAS. 3. Realizar el seguimiento de los pacientes bajo vigilancia y registrar los datos en los formularios establecidos. 4. Recopilar, consolidar y analizar los datos de vigilancia epidemiológica de las IAAS para detectar cambios en el comportamiento y tendencias. 5. Elaborar y mantener actualizada la base de datos de pacientes con IAAS para seguimiento y cierre de caso. 6. Consolidar y enviar los casos confirmados de IAAS por edad, sexo y semana epidemiológica a REGES local para el registro en el Módulo de Eventos de Notificación obligatoria (ENO) en SISVIG. 7. Garantizar la oportunidad y calidad de los datos registrados en forma sistemática. 8. Elaborar los informes de indicadores de vigilancia epidemiológica de las IAAS según el formato establecido en esta Norma.





	<p>9. Enviar los informes de indicadores de vigilancia epidemiológica de las IAAS al Director de la instalación, Jefes de servicio/departamento/unidad de la instalación, Epidemiología Regional y Nacional, Jefe del Programa Regional y Nacional de Prevención y Control de infecciones en el periodo de tiempo establecido.</p> <p>10. Presentar los análisis de los informes de indicadores de vigilancia epidemiológica de las IAAS en las reuniones locales de la Unidad o del Programa de Prevención y Control de Infecciones.</p> <p>11. Proponer recomendaciones a la Unidad o el Programa de Prevención y Control de Infecciones para la implementación de medidas adicionales de PCI, en caso de brotes o situaciones especiales y evaluar su impacto.</p> <p>12. Mantener estrecha comunicación con la Unidad o el Programa de Prevención y Control de infecciones de la instalación y la Sección de Microbiología del Laboratorio clínico.</p> <p>13. Conocer el mapa microbiológico de la instalación.</p> <p>14. Informar mensualmente los casos de IAAS causadas por microorganismos de interés a la Sección de Microbiología del Laboratorio clínico.</p> <p>15. Informar semanalmente los casos de IAAS causadas por microorganismos de interés a la Unidad / Programa de Prevención y Control de Infecciones.</p> <p>16. Divulgar la situación epidemiológica de las IAAS al Director de la instalación, Jefes de Servicios, Jefes de Departamentos y a la Unidad o el Programa de Prevención y Control de Infecciones.</p> <p>17. Realizar estudios de prevalencia puntual para evaluar la sensibilidad del sistema de vigilancia.</p> <p>18. Detectar en forma oportuna la ocurrencia de un brote o evento asociado a las IAAS.</p> <p>En caso de brotes</p> <p>19. Organizar y liderar el trabajo del equipo encargado del manejo del brote.</p> <p>20. Notificar inmediatamente la sospecha o confirmación de un brote utilizando el formulario de notificación de brote de cualquier etiología a Epidemiología Regional y Nacional y a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación, Programa Regional y Nacional de Prevención y Control de Infecciones.</p> <p>21. Registrar los casos confirmados que forman parte del brote en el Módulo de Notificación Individual de la Plataforma virtual del Sistema de Vigilancia (SISVIG).</p> <p>22. Coordinar con la Sección de Microbiología del Laboratorio clínico de la instalación para la toma de muestra a los contactos si aplica y en caso de ser necesario, la confirmación por el LCRSP.</p> <p>23. Elaborar la caracterización inicial del brote dentro de las primeras 48 horas utilizando el formulario de caracterización y</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





	<p>enviar a Epidemiología Regional y Nacional, a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación, Programa Regional y Nacional de Prevención y Control de Infecciones.</p> <p>24. Elaborar un informe descriptivo de la investigación inicial del brote para las autoridades.</p> <p>25. Mantener una búsqueda activa de casos tanto de pacientes infectados como colonizados (si aplica) y sus contactos.</p> <p>26. Enviar el monitoreo diario utilizando el formulario de seguimiento de brote de IAAS (4 y 4A) a Epidemiología Regional y Nacional, a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación, Programa Regional y Nacional de Prevención y Control de Infecciones.</p> <p>27. Elaborar la actualización del evento cada 15 días utilizando el formulario de caracterización de brote y enviar a Epidemiología Regional y Nacional, a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación, Programa Regional y Nacional de Prevención y Control de Infecciones.</p> <p>28. Notificar el cierre del brote y elaborar la caracterización final del brote (cierre) en el formulario de caracterización de brote (final) y enviar a Epidemiología Regional y Nacional, a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación, Programa Regional y Nacional de Prevención y Control de Infecciones.</p> <p>29. Elaborar un informe final descriptivo del brote para las autoridades.</p> <p>30. En caso de que la sospecha de brote sea descartada, enviar nuevamente el formulario de notificación obligatoria de brote de cualquier etiología marcando en estado de brote la opción "descartado" y enviar los criterios que fueron considerados para el descarte del brote por correo electrónico y/o nota dirigida a Epidemiología Regional y Nacional, a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación, Programa Regional y Nacional de Prevención y Control de Infecciones.</p>
<p>Digitador de datos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir los formularios de notificación e investigación de las IAAS de manera diaria y capturar la información de manera organizada en la base de datos. 2. Realizar una revisión general de los formularios recibidos y solicitar el llenado completo de las variables, en caso de estar incompletos. 3. Clasificar, organizar y archivar los formularios de notificación e investigación de las IAAS. 4. Actualizar, importar y exportar información entre los diferentes softwares para los datos de IAAS. 5. Control de las inconsistencias encontradas en los formularios diligenciados. 6. Gestionar almacenamiento, respaldo y proceso de recuperación de la información en caso de pérdida.



	<ol style="list-style-type: none"> 7. Asegurar la protección y confidencialidad de la información a personas no autorizadas. 8. Cumplir con asignaciones afines dadas por el Jefe de la Unidad de Epidemiología.
<p>Sección de Microbiología del Laboratorio Clínico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir, procesar y analizar muestras biológicas de casos sospechosos. 2. Caracterizar fenotípicamente los microorganismos con su respectiva susceptibilidad antimicrobiana utilizando la metodología estandarizada y cumpliendo con las normas de bioseguridad. 3. Notificar oportunamente los resultados de muestras positivas de microorganismos de interés epidemiológico a la Unidad de Epidemiología y a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación. 4. Enviar los resultados de los aislamientos al servicio clínico correspondiente con copia a la Unidad de Epidemiología y a la Unidad o Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación. 5. Enviar cepas de interés epidemiológico a la Sección de Microbiología del Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública para su confirmación y tipificación. 6. Conservar los aislamientos de interés de manera segura y viable para la vigilancia. 7. Analizar los datos de vigilancia microbiológica con la Unidad de Epidemiología y la Unidad o Programa de Prevención y Control de Infecciones. 8. Elaborar y enviar el informe mensual del mapa microbiológico de la instalación a la Unidad de Epidemiología, Unidad o Programa de Prevención y Control de Infecciones, Epidemiología Regional y Nacional. 9. Participar activamente en las reuniones locales de la Unidad o del Programa de Prevención y Control de Infecciones. 10. Participar activamente en las reuniones del Comité local de Vigilancia, Prevención y Control de infecciones.
<p>Personal de Salud de atención directa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con los lineamientos establecidos en la Norma de Vigilancia epidemiológica de IAAS. 2. Notificar todo caso sospechoso de IAAS a la Unidad de Epidemiología y a la Unidad o al Programa de Prevención y Control de infecciones utilizando el Formulario de Notificación Obligatoria de Eventos de Salud Pública.
<p>Unidad de Prevención y Control de Infecciones</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recopilar y enviar mensualmente el número de días dispositivo (VM, CVC y CUP) a la Unidad de Epidemiología utilizando los formularios establecidos en la norma o adaptados según necesidad. 2. Recomendar las medidas iniciales y adicionales de prevención y control de infecciones según el agente etiológico y modo de transmisión



Nivel Regional	
Epidemiología Regional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorar a los niveles locales sobre el sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS. 2. Recopilar, analizar, consolidar y divulgar los datos de la vigilancia de las IAAS de las instalaciones de salud bajo su responsabilidad. 3. Enviar informe consolidado regional de los datos de la vigilancia epidemiológica de las IAAS al nivel local y nacional cada tres (3) meses. 4. Informar los brotes o eventos relevantes asociados a las IAAS al Director Regional del Ministerio de Salud. 5. Mantener comunicación continua con Epidemiología local, Unidad o Programa de Prevención y Control de infecciones y Epidemiología Nacional. 6. Supervisar el cumplimiento de la Norma de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS.



Nivel Nacional	
Departamento de Epidemiología (técnico de vigilancia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorar en temas de vigilancia epidemiológica de las IAAS a Epidemiología local y regional. 2. Enviar los informes de indicadores de vigilancia epidemiológica de las IAAS recibidos mensualmente al Programa Nacional de Prevención y Control de infecciones/Coordinación Nacional de Infecciones Nosocomiales. 3. Consolidar la información de las instalaciones de salud tanto públicas como privadas y realizar el análisis de la situación epidemiológica de las IAAS a nivel nacional. 4. Enviar un informe consolidado nacional a las autoridades superiores, niveles regionales y locales y al Programa Nacional de Prevención y Control de infecciones cada seis (6) meses. 5. Establecer los índices de referencia nacional y los indicadores de vigilancia epidemiológica nacional. 6. Emitir alertas de Salud Pública nacionales o internacionales en caso de brotes o eventos inusitados relacionados con las IAAS. 7. Revisar y actualizar las Normas de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS cada cinco (5) años. 8. Mantener coordinación continua con: Unidad de Epidemiología hospitalaria, Epidemiología Regional y el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones/Coordinación Nacional de Nosocomiales.
Sección de Microbiología del Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar y apoyar las acciones que fortalezcan la vigilancia microbiológica en conjunto con Epidemiología del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. 2. Actualizar los protocolos de pruebas diagnósticas para la toma, recepción, manipulación, transporte y procesamiento de muestras. 3. Mantener coordinación continua con la red de vigilancia microbiológica y Epidemiología del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.



	<ol style="list-style-type: none"> 4. Recibir, procesar, diagnosticar y confirmar las cepas enviadas por las Secciones de Microbiología de los Laboratorios clínicos locales y enviar los resultados a la instalación solicitante. 5. Dar seguimiento a las cepas de importancia epidemiológica. 6. Compartir los datos del informe anual de vigilancia microbiológica con Epidemiología Nacional del Ministerio de Salud. 7. Realizar evaluaciones de control de calidad en identificación de agentes y estudios de susceptibilidad de antimicrobianos a la Sección de Microbiológica de los Laboratorios clínicos locales.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Monitoreo y Evaluación del sistema de vigilancia de IAAS

El monitoreo y la evaluación del sistema de vigilancia de IAAS tiene como propósito asegurar que el sistema cumpla con los objetivos establecidos y funciones de manera eficiente. Para las acciones de monitoreo y evaluación es necesario disponer de la información en el periodo establecido.

El monitoreo y evaluación se realizará a través de los indicadores de vigilancia epidemiológica y los índices de referencia.

Indicadores de vigilancia epidemiológica de IAAS

Los indicadores de vigilancia epidemiológica para las infecciones asociadas a la atención de salud:

- a) **Indicadores generales:** tasa de incidencia en la instalación, tasa de incidencia por servicio/sala/unidad, tasa de letalidad.
- b) **Indicadores específicos:** tasa de ISQ en cirugías limpias y limpias contaminadas, tasa de ISQ en cirugías trazadoras, densidad de incidencia de dispositivos invasivos, promedio de días de uso de dispositivos invasivos, tasa de uso de dispositivos invasivos.
- c) **Indicadores de Microbiología:** porcentaje de microorganismos que predominan en las infecciones asociadas a dispositivos invasivos y procedimientos quirúrgicos.
- d) **Indicadores de proceso:** porcentaje de cumplimiento del envío del informe de indicadores mensual, porcentaje de investigación oportuna de brotes asociados a IAAS, porcentaje de cumplimiento en el envío del informe de cierre del brote asociado a IAAS.

Incidencia de IAAS en la instalación	
Numerador	Número de casos (infecciones) de IAAS en la instalación en un periodo determinado
Denominador	Número de días paciente hospitalizados en la instalación en el mismo periodo
Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS, REGES





Incidencia de IAAS por Servicio/Sala/Unidad	
Numerador	Número de casos (infecciones) de IAAS por servicio/sala/unidad en un periodo determinado
Denominador	Número de días paciente hospitalizados por servicio/sala/unidad en el mismo periodo
Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS, REGES
Letalidad de pacientes con IAAS activa en la instalación	
Numerador	Número de pacientes que fallecen con IAAS activa en un periodo determinado
Denominador	Número de pacientes con IAAS en la instalación en el mismo periodo
Amplificador	100
Fuente	Formulario de investigación de las IAAS, REGES, certificado de defunción

Tasa de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ)	
Numerador	Número de infecciones en cirugías limpias y limpias contaminadas en un periodo determinado
Denominador	Total de cirugías limpias y limpias contaminadas realizadas en el mismo periodo
Amplificador	100
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS, REGES
Tasa de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ) según cirugía trazadora	
Numerador	Número de ISQ según "X" cirugía trazadora en un periodo determinado
Denominador	Total de "X" cirugía trazadora realizadas en el mismo periodo
Amplificador	100
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS, REGES, Plantilla de denominadores mensuales de ISQ, hoja de procedimientos quirúrgicos
Ejemplo	$\left[\frac{\text{Número de ISQ en pacientes operados de prótesis de cadera en el periodo}}{\text{Total de cirugías de prótesis de cadera realizadas en el mismo periodo}} \right] \times 100$

Densidad de incidencia de Infecciones asociadas a dispositivos invasivos en UCI (adultos, pediátricos y neonatal) y Sala de hospitalización	
Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva (NAVMI)	
Numerador	Número de NAVMI en pacientes hospitalizados en un periodo determinado
Denominador	Número de días de uso de ventilación mecánica invasiva en pacientes hospitalizados en el mismo periodo
Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS; Denominador – Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos)
Infección del Torrente sanguíneo asociada a catéter de vía central (ITS-CVC)	
Numerador	Número de ITS en pacientes hospitalizados con CVC en un periodo determinado
Denominador	Número de días de uso del CVC en pacientes hospitalizados en el mismo periodo





Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS; Denominador – Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos)
Infección del Tracto urinario asociado a catéter urinario permanente (ITU-CUP)	
Numerador	Número de ITU en pacientes hospitalizados con CUP en un periodo determinado
Denominador	Número de días de uso de CUP en pacientes hospitalizados en el mismo periodo
Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS; Denominador – Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos)
Promedio de tiempo de exposición a dispositivos invasivos	
Numerador	Número de días de uso de “X” dispositivo invasivo en pacientes hospitalizados en un periodo determinado
Denominador	Número de pacientes hospitalizados con “X” dispositivo invasivo en el mismo periodo
Fuente	Observación directa; Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos); REGES
Tasa de uso de dispositivos invasivos	
Numerador	Número de días de uso de “X” dispositivo invasivo en pacientes hospitalizados en un periodo determinado
Denominador	Número de días paciente hospitalizados en sala/unidad en el mismo periodo
Amplificador	100
Fuente	Observación directa; Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos); REGES

Densidad de Incidencia de Infecciones asociadas a dispositivos invasivos en Cuidados Intensivos Neonatales según peso al nacer (≤ 1000 g, 1001-1500 g, 1501-2500 g, >2500 g)	
Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva (NAVMI) en neonatos según peso al nacer	
Numerador	Número de NAVMI en neonatos hospitalizados según peso al nacer en un periodo determinado
Denominador	Número de días de uso de ventilación mecánica invasiva en neonatos hospitalizados según peso al nacer en el mismo periodo
Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS; Denominador – Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos)





Infección del Torrente sanguíneo (ITS) asociada a catéter de vía central (CVC) en neonatos según peso al nacer	
Numerador	Número de ITS asociada a CVC de inserción periférica (Picc) en neonatos hospitalizados según su peso al nacer en un periodo determinado
Denominador	Número de días de uso del CVC de inserción periférica en neonatos hospitalizados según su peso al nacer en el mismo periodo
Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS; Denominador – Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos)
Infección del Torrente sanguíneo (ITS) asociada a catéter umbilical en neonatos según peso al nacer	
Numerador	Número de ITS asociada a catéter umbilical en neonatos hospitalizados según su peso al nacer en un periodo determinado
Denominador	Número de días de uso del catéter umbilical en neonatos hospitalizados según su peso al nacer en el mismo periodo
Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS; Denominador – Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos)
Infección del Tracto urinario (ITU) asociada a catéter urinario permanente en neonatos según peso al nacer	
Numerador	Número de ITU asociada a catéter urinario permanente en neonatos hospitalizados según su peso al nacer en un periodo determinado
Denominador	Número de días de uso del catéter urinario en neonatos hospitalizados según su peso al nacer en el mismo periodo
Amplificador	1000
Fuente	Observación directa, formulario de investigación de las IAAS; Denominador – Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos)
Promedio de días de exposición a dispositivos invasivos en neonatos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) según peso al nacer	
Numerador	Número de días de uso de "X" dispositivo invasivo en neonatos hospitalizados según peso al nacer en un periodo determinado
Denominador	Número de neonatos hospitalizados con "X" dispositivo invasivo según peso al nacer en el mismo periodo
Fuente	Observación directa; Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos); REGES
Tasa de uso de dispositivos invasivos en neonatos hospitalizados según peso al nacer	
Numerador	Número de días con "X" dispositivo invasivo en neonatos hospitalizados según peso al nacer en un periodo determinado
Denominador	Número de días paciente hospitalizados en UCIN en el mismo periodo
Amplificador	100
Fuente	Observación directa; Unidad de Prevención y Control de Infecciones (plantilla de denominadores mensuales para monitoreo de dispositivos); REGES



Porcentaje de cumplimiento del informe de indicadores de vigilancia epidemiológica	
Numerador	Número de informes de indicadores recibidos en el periodo determinado
Denominador	Total de informes de indicadores en el mismo periodo
Amplificador	100
Fuente	Informe de indicadores de vigilancia epidemiológica
Porcentaje de Investigación oportuna de brotes asociados a IAAS	
Numerador	Número de brotes asociados a IAAS investigados en las primeras 48 horas
Denominador	Total de brotes de IAAS investigados
Amplificador	100
Fuente	Formulario de Caracterización de Brote
Porcentaje de cumplimiento del informe de cierre de brotes asociados a IAAS	
Numerador	Número de informes de cierre de brotes asociados a IAAS en un periodo
Denominador	Total de brotes asociados a IAAS notificados en el mismo periodo
Amplificador	100
Fuente	Informe de cierre de brote asociado a IAAS

Porcentaje de infecciones causadas por microorganismos (MO) según área de hospitalización y procedimiento invasivo	
Numerador	Número de infecciones causadas por "X" MO asociados a un procedimiento invasivo en un área y periodo determinado
Denominador	Total de microorganismos causantes de infecciones en el mismo periodo y área de hospitalización
Amplificador	100
Fuente	Formulario de investigación de IAAS, Resultados de microbiología, Formulario de IAAS, factor de riesgo principal y microorganismos aislados



Índices de Referencia

Los índices de referencia permiten realizar comparaciones entre los indicadores locales, nacionales y de otras instalaciones de igual nivel de complejidad. Este dato contribuirá a que cada instalación de salud trabaje sobre un margen de referencia y establezca las estrategias de prevención para disminuir sus tasas.

Los índices de referencia se obtienen calculando los percentiles (P25, P50, P75 y P90) y la media de las tasas mensuales de IAAS.

Se fijará un mínimo de exposición (días dispositivo, procedimiento) para que una instalación sea incluida en la elaboración del indicador, expresado como “criterio de inclusión”, estableciendo en 50 pacientes cuando se trata de procedimientos quirúrgicos y 250 días cuando se trata de exposición continua (días dispositivo). De no cumplirse con este criterio, se considerará mantener el indicador de referencia del año anterior y, de no existir previamente un indicador de referencia, se consolidará arbitrariamente la información enviada por la instalación de salud.

Cálculo de Índices de Referencia

Los índices de referencia para las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) se calcularán anualmente con el informe de indicadores correspondiente al año anterior.

Estos índices se fijarán convencionalmente en el percentil 75 de la serie, sin embargo, si el dato calculado es mayor que el observado en el año anterior, se mantendrá el valor más bajo.

Cada instalación podrá calcular sus índices de referencia y, si las tasas locales son superiores a los índices de referencia, se podrá considerar la posibilidad que exista un cambio en la tendencia de las infecciones. En ese caso, se recomienda realizar un plan de acción que incluye:

1. Identificar los factores de riesgo relacionados con la atención que pueden estar incidiendo en el aumento de la tasa
2. Supervisar el cumplimiento de la lista de verificación (checklist) y las pautas de cotejo de paquetes de medida (bundles):
 - a) Si el cumplimiento es satisfactorio, se deberá mantener la vigilancia epidemiológica de las IAAS e investigar si existe una población de pacientes de mayor riesgo u otra causa que explique el incremento de la tasa.
 - b) Si el cumplimiento no es satisfactorio, se considerará que el incremento de la tasa se asocia a esta situación y se realizarán intervenciones para su mejora.

Pasos para el cálculo del índice de referencia:

Paso 1: Consolidar las tasas mensuales de los indicadores de IAAS

HOSPITAL DEL LLANO	AÑO 2022											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
UCI A	5.3	5.9	4.0	3.7	4.8	4.5	4.6	5.7	4.3	4.4	4.2	5.1



Paso 2: Calcular el percentil 75 (P75) utilizando como herramienta Microsoft Excel. Se elabora una tabla que contenga las tasas de IAAS por mes y se agrega una columna para P75.



HOSPITAL DEL LLANO

AÑO 2022

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	P75
UCI A	5.3	5.9	4.0	3.7	4.8	4.5	4.6	5.7	4.3	4.4	4.2	5.1	

Paso 3: Se coloca en la celda donde se realizará el cálculo del P75, se escribe el signo = (igual) seguido de percentil.inc y se seleccionan los valores de las tasas desde enero a diciembre y se coloca punto y coma (;) o coma (,) dependiendo de la versión de Excel instalada en su computadora, se escribe 0.75 y se presiona Enter. Para esto debe observar cómo se muestra en la fórmula (si es coma (,) o punto y coma (;)).

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	HOSPITAL DEL LLANO												AÑO 2022		
2		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	P75	
3	UCI A	5.3	5.9	4.0	3.7	4.8	4.5	4.6	5.7	4.3	4.4	4.2	=PERCENTIL.INC(
4													PERCENTIL.INC(matriz; k)		
5															
6															
7															

=PERCENTIL.INC(

PERCENTIL.INC(matriz; k)



La matriz corresponde a la selección de las tasas de enero a diciembre y la k es 0.75.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	HOSPITAL DEL LLANO												AÑO 2022		
2		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	P75	
3	UCI A	5.3	5.9	4.0	3.7	4.8	4.5	4.6	5.7	4.3	4.4	4.2	=PERCENTIL.INC(B3:M3;0.75)		
4															

Paso 4: al presionar Enter se obtiene el valor del P75 y se compara con las tasas locales y nacionales.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	
1	HOSPITAL DEL LLANO												AÑO 2022		
2		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	P75	
3	UCI A	5.3	5.9	4.0	3.7	4.8	4.5	4.6	5.7	4.3	4.4	4.2	5.1	5.1	
4															

****Para estandarizar los cálculos, se trabajará con 1(un) decimal solamente****

Para los índices de referencia nacionales se agruparán las instalaciones de acuerdo con su nivel de atención y complejidad. Con los datos agrupados, se calculará la tasa acumulada, la media del grupo y los percentiles. El índice de referencia nacional se establecerá en el P75.



Se calcularán los índices de referencia nacionales para las infecciones en Unidad de Cuidados intensivos de adultos, pediátrico y neonatal, infecciones asociadas a dispositivos invasivos e infecciones de sitio quirúrgico y cirugías trazadoras.

Supervisión y Evaluación del sistema de vigilancia de IAAS

Se realizará supervisión capacitante para verificar el cumplimiento de la norma y estudios de prevalencia puntual para evaluar la sensibilidad del sistema de vigilancia según la programación del nivel local y nacional.





Brotos de IAAS

Se considera como brote de IAAS:

- 1) Un incremento en el número de casos de IAAS superior a lo esperado,
o
- 2) La aparición de una infección (IAAS) causada por un microorganismo nuevo en la instalación,
o
- 3) La aparición de una infección (IAAS) causada por un microorganismo conocido con cambio en su patrón de resistencia a los antimicrobianos.

Considere que en estos eventos debe existir una relación en tiempo, persona y lugar.

La información sobre la sospecha de brote se obtiene en primera instancia del sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS o a través de las actividades rutinarias de vigilancia, que detecta un aumento inesperado en la incidencia o a través de alertas o rumores que genera el personal de salud o por la sección de Microbiología del Laboratorio clínico que realiza la detección de microorganismos y mecanismos de resistencia. Ante la sospecha se inicia el proceso de notificación e investigación.

Investigación de Brote

La investigación de un brote busca identificar, controlar y/o eliminar la(s) fuente(s) de infección y prevenir eventos adicionales o similares en el futuro, proponiendo recomendaciones o estrategias de intervención.

Se deberá iniciar la investigación del brote por un equipo coordinado por la Unidad de Epidemiología y participación de la Unidad o el Programa de Prevención y Control de Infecciones de la instalación para el análisis de la situación.

Pasos básicos para la investigación de brotes de IAAS

1. Confirmación del brote

a) Verificar si hay un aumento inusual en la incidencia de infecciones en comparación con los datos históricos.

a.1) Se deberá realizar un análisis retrospectivo por mes o semana epidemiológica que incluya: número de casos, lugar de ocurrencia, tipo de infección y características del microorganismo aislado asociado al brote, de por lo menos los últimos 12 meses y se obtendrá el número de casos ocurridos (observados) y el número de casos esperados por unidad de tiempo y lugar determinado.

a.2) Con el número de casos esperados y observados se deberá calcular el índice epidémico (IE). Este índice compara el número de casos observados en un momento dado con el número esperado o promedio de casos basado en datos históricos, lo que permite determinar si existe un incremento inusual en la incidencia de la enfermedad.

Índice epidémico = número de casos observados / número de casos esperados

a.3) La interpretación del resultado del índice epidémico es:





IE < 1	Indica que los casos están por debajo del nivel esperado (no hay brote ni epidemia).
IE = 1	Indica que los casos coinciden con los niveles esperados (situación normal)
IE > 1	Sugiere un aumento inusual de casos, lo que podría indicar un brote o epidemia.

- b) Verificar que los casos cumplen con la definición de infección asociada a la atención de salud.
- c) Confirmar que el aumento no se debe a cambios en los métodos de vigilancia, cambio en las definiciones de caso, cambio en la sensibilidad de las técnicas de diagnósticos laboratorial o contaminación de muestras.
- d) Verificar que el microorganismo causante del posible brote ha sido identificado, si ha circulado anteriormente o si es nuevo en la instalación. Si es un microorganismo que, por su transmisibilidad, virulencia y/o mecanismo de resistencia es importante epidemiológicamente.

2. Definir y contar los casos

- a) Establecer una definición operacional de caso (sospechoso y confirmado) con criterios clínicos, microbiológicos y epidemiológicos.
- b) Identificar y registrar todos los casos utilizando sistemas de vigilancia y revisión de historias clínicas.

3. Caracterización epidemiológica

- a) Analizar datos de los casos según **persona** (características de los pacientes), **lugar** (servicio hospitalario, quirófano, UCI, etc.) y **tiempo** (distribución temporal de los casos).
- b) Elaborar una curva epidémica para visualizar la evolución del brote.
- c) Una vez analizada la situación y confirmado el brote se deberán integrar al equipo de trabajo: Jefe de Servicios/Departamentos involucrados en el evento, la Dirección Médica y Administrativa ya que son claves para los siguientes pasos a desarrollar. Además, la Dirección Médica deberá convocar a reunión extraordinaria al Comité de Local de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones y otras áreas de relevancia según el evento en estudio.

4. Generación de hipótesis sobre la causa y la fuente

- a) Identificar factores de riesgo comunes entre los casos.
- b) Evaluar procedimientos médicos, dispositivos invasivos, insumos, personal de salud y prácticas de higiene.

5. Implementar medidas de control iniciales según agente etiológico y modo de transmisión

- a) Reforzar las medidas de higiene de manos y precauciones estándar.





- b) Ubicación en habitación individual o cohorte.
- c) Uso de equipo de protección personal según mecanismo de transmisión.
- d) Personal de salud exclusivo para el manejo de estos pacientes según corresponda.
- e) Limitar el movimiento o traslado de pacientes, excepto que sea necesario.
- f) Retiro de insumos sospechosos o revisión de dispositivos médicos involucrados.
- g) Control de antibióticos, vacunación y quimioprofilaxis si aplica.
- h) Investigación de contactos si aplica.

6. Confirmación de la hipótesis con estudios epidemiológicos

- a) Comparar tasas de infección entre expuestos y no expuestos (estudios de cohortes o casos y controles).
- b) Realizar estudios microbiológicos y si es posible, la genotipificación de los agentes infecciosos para rastrear el origen del brote.

7. Implementar medidas adicionales de prevención y control

- a) Identificar incumplimiento en los protocolos de higiene, esterilización o limpieza y desinfección.
- b) Capacitar al personal de salud en medidas de prevención.
- c) Orientar a pacientes afectados y familiares sobre las medidas de control que deben seguir para evitar la propagación de la infección.
- d) Monitorear continuamente para detectar nuevos casos y evaluar la efectividad de las intervenciones.

8. Comunicación y difusión de resultados

- a) Informar a las autoridades de salud y al equipo hospitalario sobre los hallazgos.
- b) Elaborar un informe descriptivo a las autoridades con la descripción de la situación, las medidas implementadas, conclusiones y recomendaciones para evitar recurrencias.

Estos pasos permiten un abordaje eficaz para contener el brote y mejorar la seguridad del paciente en los centros de atención de salud.

Criterios para el Cierre de Brotes

Para el cierre de brote asociado a IAAS se pueden considerar los siguientes criterios:

En brotes con periodo de incubación conocido:

- a) Cero (0) casos en dos (2) periodos de incubación a partir del último caso.

En brotes con periodo de incubación no conocido dependiendo del análisis epidemiológico local del evento y luego de aplicadas las medidas de prevención y control:

- a) Se alcanza el número de casos esperados en un periodo de 30 días a partir del último caso confirmado (niveles endémicos en 30 días).
- b) Se alcanzan las tasas locales y/o índice de referencia esperados en un periodo de 30 días a partir del último caso confirmado.





Consideraciones generales para la Vigilancia epidemiológica de Infecciones asociadas a la atención de IAAS

1. Cada vez que se incorporen los valores de signos vitales (como bradicardia, taquicardia, apnea, entre otros, con excepción de la temperatura), se evaluará clínicamente para determinar su rango esperado en el paciente, dado que pueden influir en ellos ciertas condiciones propias del paciente, como la edad, estado físico previo, patología de base, estado de salud en el momento de la evaluación y terapia farmacológica concomitante entre otras condiciones que pueden afectar estos parámetros.
2. Para contar el número de días de uso de los dispositivos invasivos o lapso en que se deben cumplir los criterios, se considerará como día 1 (uno), el día de colocación del dispositivo o de realización del procedimiento quirúrgico.
Si el paciente es referido de otra instalación de salud y al momento del ingreso se encuentra con un dispositivo invasivo, se considerará como día 1 (uno) de uso, el día del ingreso hospitalario.
3. En lo relacionado con los exámenes de laboratorio e imagenología, se considerará la fecha de toma de muestra o del examen y no la fecha del resultado positivo o de los informes.
4. Se considera que se cumple la definición de caso cuando la combinación de criterios cumplidos está de acuerdo con lo descrito en cada infección según la norma.
5. Se considera que si se cumplen los criterios para el mismo tipo de infección y la fecha del evento está dentro del periodo de tiempo de infección repetida (RIT por sus siglas en inglés) de 14 días, no se identifica ni se notifica un nuevo evento. Se mantiene la fecha original del evento y el RIT original de 14 días. Los patógenos adicionales aislados durante el RIT del mismo tipo de infección se agregan al evento. El RIT se aplicará a nivel de tipo específico de infección, con la excepción de infección del torrente sanguíneo, infección del tracto urinario y neumonías, donde el RIT se aplicará al tipo principal de infección.
6. Se considerará como paciente adulto a toda persona de 15 años o más, sin considerar el hospital, servicio, sala o unidad donde se encuentre hospitalizado.
Se considerará como neonato a todo paciente con menor o igual a 28 días de vida según edad cronológica (no considera la edad corregida).
7. Para confirmar o descartar una IAAS, se utilizan las definiciones de caso que son un conjunto de criterios, no necesariamente diagnósticos, que deben reunirse para identificar una persona que presenta una enfermedad o condición en particular. Puede basarse en criterios geográficos, clínicos, o de laboratorio o la combinación clínica y de laboratorio.
8. Las siguientes definiciones se utilizarán en la vigilancia y en el estudio y manejo de brotes. Es posible que, durante los brotes asociados a las IAAS, otras definiciones o adaptaciones a las establecidas puedan ser necesarias para considerar el cuadro clínico, exposiciones o nexos epidemiológicos.
9. En estas definiciones es necesario realizar la aclaración respecto a uso de las conjunciones "Y" y "O".
 - a) Conjunción "Y": conjunción copulativa donde **todos los elementos** mencionados deben cumplirse. Ejemplo: fiebre y bradicardia, ambos elementos deben estar presentes, si uno falta no se cumple el criterio.



- b) Conjunción "O": conjunción disyuntiva, en que basta que **esté presente uno** de los elementos para dar por cumplido el criterio. Ejemplo: fiebre o bradicardia, si el paciente tiene sólo uno de los dos elementos o si tiene ambos, se cumple el criterio.
10. La identificación de microorganismos a partir de muestras tomadas durante la autopsia, solo serán elegibles para su uso aquellas muestras que cumplan con la definición de infección intracraneal y neumonía cuya muestra es de tejido pulmonar obtenida por biopsia transtorácica o transbronquial inmediatamente después de la muerte. Para todas las demás definiciones, las muestras/informes de autopsia no son elegible para su uso.
11. Los microorganismos pertenecientes a los siguientes géneros no se deben utilizar para cumplir con ninguna definición de caso para las IAAS: *Blastomyces*, *Histoplasma*, *Coccidioides*, *Paracoccidioides*, *Cryptococcus* y *Pneumocystis*. Estos microorganismos suelen ser causantes de infecciones asociadas a la comunidad y rara vez se conoce que causan infecciones asociadas a la atención, por tanto, quedan excluidos.
12. La reactivación de infecciones latentes (sífilis, tuberculosis, herpes) no se consideran IAAS.

Criterio de Caso

Los criterios de caso para las IAAS son:

a) **Caso sospechoso**

Caso hospitalizado que presenta signos y/o síntomas compatibles con IAAS.

b) **Caso confirmado**

Caso sospechoso que reúne los criterios de las definiciones de caso establecidas en la norma de acuerdo con el evento investigado.

c) **Caso descartado**

Caso sospechoso que no cumple con los criterios de la definición de caso o que se comprueba que el paciente estaba en periodo de incubación al momento del ingreso al hospital.

Definiciones de Caso

IMPORTANTE: las definiciones epidemiológicas de infección (definiciones de caso) pueden **no coincidir** con el criterio con que el médico define la misma infección, lo que se denomina definiciones clínicas. **Estas definiciones clínicas NO deben utilizarse para definir epidemiológicamente una infección.**

Las IAAS se identifican según los criterios establecidos en las definiciones de caso que se detallan a continuación:



<p>Neumonía Este evento comprende 2 tipos de infecciones que ocurren 48 horas o más después del ingreso:</p> <p>a) Neumonía nosocomial o adquirida en el hospital (NAH) b) Neumonía asociada a ventilador mecánico invasivo (NAVMI): se considera a los pacientes conectados a VMI, ya sea para controlar o asistir en forma continua la respiración a través de traqueostomía o tubo endotraqueal, dentro de un periodo de 48 horas previas a la aparición del evento, incluyendo el periodo de destete.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="435 209 763 618">Criterio clínico</th> <th data-bbox="435 618 763 1857">Criterio radiológico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="763 209 876 618"> <p>Pacientes adultos y pediátricos > 12 años con al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas:</p> <p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Leucopenia (menor o igual a 4,000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor o igual a 12,000 leucocitos/mm³) c) Alteración del estado mental en adultos mayores de 70 años</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 2 (dos) de los siguientes:</p> <p>d) Aparición de expectoración purulenta¹ o cambios en las características del esputo o aumento de secreciones o aumento en el número de aspiración de secreciones e) Tos nueva / tos progresiva o disnea / taquipnea f) Estertores o ruidos bronquiales g) Deterioro en el intercambio gaseoso (baja saturación de oxígeno < 94%, aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios expresado con el deterioro de la PaO₂/FIO₂ ≤ 240 o incremento de la PEEP o FIO₂ después de 48 horas de estabilidad)</p> <p><i>Nota: Espudo purulento¹ se define como secreciones de pulmón, bronquios o tráquea que contiene ≥ 25 neutrófilos y ≤ 10 células escamosas por campo de bajo aumento (x100). Si los informes de laboratorio reportan estos datos cualitativamente (muchos leucocitos o pocas células escamosas), debe asegurarse que estas descripciones se</i></p> </td> <td data-bbox="763 618 876 1857"> <p>Dos o más radiografías de tórax con al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>a) Infiltrado persistente, nuevo o progresivo b) Consolidación c) Cavitación d) Pneumatocele (en ≤ 1 año)</p> <p><i>Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (síndrome de estrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC), 1 (una) radiografía es aceptable.</i></p> </td> </tr> </tbody> </table>	Criterio clínico	Criterio radiológico	<p>Pacientes adultos y pediátricos > 12 años con al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas:</p> <p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Leucopenia (menor o igual a 4,000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor o igual a 12,000 leucocitos/mm³) c) Alteración del estado mental en adultos mayores de 70 años</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 2 (dos) de los siguientes:</p> <p>d) Aparición de expectoración purulenta¹ o cambios en las características del esputo o aumento de secreciones o aumento en el número de aspiración de secreciones e) Tos nueva / tos progresiva o disnea / taquipnea f) Estertores o ruidos bronquiales g) Deterioro en el intercambio gaseoso (baja saturación de oxígeno < 94%, aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios expresado con el deterioro de la PaO₂/FIO₂ ≤ 240 o incremento de la PEEP o FIO₂ después de 48 horas de estabilidad)</p> <p><i>Nota: Espudo purulento¹ se define como secreciones de pulmón, bronquios o tráquea que contiene ≥ 25 neutrófilos y ≤ 10 células escamosas por campo de bajo aumento (x100). Si los informes de laboratorio reportan estos datos cualitativamente (muchos leucocitos o pocas células escamosas), debe asegurarse que estas descripciones se</i></p>	<p>Dos o más radiografías de tórax con al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>a) Infiltrado persistente, nuevo o progresivo b) Consolidación c) Cavitación d) Pneumatocele (en ≤ 1 año)</p> <p><i>Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (síndrome de estrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC), 1 (una) radiografía es aceptable.</i></p>
Criterio clínico	Criterio radiológico				
<p>Pacientes adultos y pediátricos > 12 años con al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas:</p> <p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Leucopenia (menor o igual a 4,000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor o igual a 12,000 leucocitos/mm³) c) Alteración del estado mental en adultos mayores de 70 años</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 2 (dos) de los siguientes:</p> <p>d) Aparición de expectoración purulenta¹ o cambios en las características del esputo o aumento de secreciones o aumento en el número de aspiración de secreciones e) Tos nueva / tos progresiva o disnea / taquipnea f) Estertores o ruidos bronquiales g) Deterioro en el intercambio gaseoso (baja saturación de oxígeno < 94%, aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios expresado con el deterioro de la PaO₂/FIO₂ ≤ 240 o incremento de la PEEP o FIO₂ después de 48 horas de estabilidad)</p> <p><i>Nota: Espudo purulento¹ se define como secreciones de pulmón, bronquios o tráquea que contiene ≥ 25 neutrófilos y ≤ 10 células escamosas por campo de bajo aumento (x100). Si los informes de laboratorio reportan estos datos cualitativamente (muchos leucocitos o pocas células escamosas), debe asegurarse que estas descripciones se</i></p>	<p>Dos o más radiografías de tórax con al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>a) Infiltrado persistente, nuevo o progresivo b) Consolidación c) Cavitación d) Pneumatocele (en ≤ 1 año)</p> <p><i>Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (síndrome de estrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC), 1 (una) radiografía es aceptable.</i></p>				
<p>Neumonía definida clínicamente (Neumonía 1) Paciente deberá cumplir con los siguientes criterios</p> 					



	<p><i>encuadren dentro de las definiciones mencionadas. No se admite la descripción clínica del esputo sin referencia cuantitativa del laboratorio.</i></p>							
	<p>Criterios para lactantes ≤ 1 año (Neumonía 1)</p> <p>a) Deterioro en el intercambio gaseoso (saturación de oxígeno menor a 94%, aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios)</p> <p>Y</p> <p>Al menos 3 (tres) de los siguientes:</p> <p>b) Inestabilidad de la temperatura sin otra causa conocida</p> <p>c) Leucopenia (menor o igual a 4,000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor o igual a 15,000 leucocitos/mm³) con desviación a la izquierda (mayor o igual a 10% de bandas)</p> <p>d) Aparición de expectoración purulenta¹ o cambios en las características del esputo o aumento de secreciones o aumento en el número de aspiración de secreciones</p> <p>e) Apnea, taquipnea, aleteo nasal con retracción intercostal o aleteo nasal con quejidos</p> <p>f) Sibilancias, estertores, roncus</p> <p>g) Tos</p> <p>h) Bradicardia (menos de 100 latidos/min) o Taquicardia (más de 170 latidos/min)</p> <p>Criterio para niños > 1 año o ≤ 12 años (Neumonía 1)</p> <p>Al menos 3 (tres) de los siguientes criterios:</p> <p>a) Deterioro en el intercambio gaseoso (saturación de oxígeno menor a 94%, aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios)</p> <p>b) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) o hipotermia (temperatura menor a 36°C) sin otra causa conocida</p> <p>c) Leucopenia (menor o igual a 4,000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor o igual a 15,000 leucocitos/mm³) con desviación a la izquierda (mayor o igual a 10% de bandas)</p> <p>d) Aparición de expectoración purulenta¹ o cambios en las características del esputo o aumento de secreciones o aumento en el número de aspiración de secreciones</p> <p>e) Tos nueva / tos progresiva o disnea / apnea / taquipnea</p> <p>f) Estertores o ruidos bronquiales</p>							
<p>Neumonía por patógenos bacterianos comunes y hongos filamentosos (Neumonía 2B)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="743 1034 1128 1075">Criterio clínico</th> <th data-bbox="743 626 1128 672">Criterio de laboratorio</th> <th data-bbox="743 354 1128 395">Criterio radiológico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="743 1034 1128 1075">Pacientes adultos y pediátricos > 12 años con al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas:</td> <td data-bbox="743 626 1128 672">Al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</td> <td data-bbox="743 354 1128 395">Dos o más radiografías de tórax con al menos 1 (uno) de los siguientes:</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio clínico	Criterio de laboratorio	Criterio radiológico	Pacientes adultos y pediátricos > 12 años con al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas:	Al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:	Dos o más radiografías de tórax con al menos 1 (uno) de los siguientes:	
Criterio clínico	Criterio de laboratorio	Criterio radiológico						
Pacientes adultos y pediátricos > 12 años con al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas:	Al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:	Dos o más radiografías de tórax con al menos 1 (uno) de los siguientes:						



	<p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p> <p>b) Leucopenia (menor o igual a 4,000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor o igual a 12,000 leucocitos/mm³)</p> <p>c) Alteración del estado mental en adultos mayores de 70 años</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 2 (dos) de los siguientes:</p> <p>d) Aparición de expectoración purulenta¹ o cambios en las características del esputo o aumento de secreciones o aumento en el número de aspiración de secreciones</p> <p>e) Tos nueva / tos progresiva o disnea / taquipnea</p> <p>f) Estertores o ruidos bronquiales</p> <p>g) Deterioro en el intercambio gaseoso (baja saturación de oxígeno < 94%, aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios expresado con el deterioro de la PaO₂/FiO₂ ≤ 240 o incremento de la PEEP o</p>	<p>a) Microorganismo identificado en cultivo de sangre no relacionado con otro foco</p> <p>b) Microorganismo identificado en cultivo de líquido pleural</p> <p>c) Cultivo cuantitativo positivo del tracto respiratorio inferior con lavado bronco alveolar (LBA) o cepillado protegido (CP)</p> <p>d) ≥ 5% de las células obtenidas por LBA contienen bacterias intracelulares en el examen directo (tinción Gram)</p> <p>e) Cultivo cuantitativo positivo del tejido pulmonar</p> <p>f) Examen histológico con al menos 1 (una) de las siguientes evidencias de neumonía: absceso o foco de consolidación con intenso infiltrado de polimorfonucleares (PMN) en bronquiolos y alvéolos; evidencia de invasión de hifas o pseudohifas en el parénquima pulmonar</p>	<p>a) Infiltrado persistente, nuevo o progresivo</p> <p>b) Consolidación</p> <p>c) Cavitación</p> <p>d) Pneumatocele (en ≤ 1 año)</p> <p><i>Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC), 1 (una) radiografía es aceptable.</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>FiO₂ después de 48 horas de estabilidad) Nota: Espu to purulento¹ se define como secreciones de pulmón, bronquios o tráquea que contiene ≥ 25 neutrófilos y ≤ 10 células escamosas por campo de bajo aumento (x100). Si los informes de laboratorio reportan estos datos cualitativamente (muchos leucocitos o pocas células escamosas), debe asegurarse que estas descripciones se encuadren dentro de las definiciones mencionadas. No se admite la descripción clínica del espu to sin referencia cuantitativa del laboratorio.</p>	<p>Criterio clínico Pacientes adultos y pediátricos con al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Leucopenia (menor o igual a 4,000 leucocitos/mm³) o leucocitosis (mayor o igual a 12,000 leucocitos/mm³) c) Alteración del estado mental en adultos mayores de 70 años Y Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p>	<p>Criterio de laboratorio Al menos 1 (uno) de los siguientes criterios: a) Cultivo positivo para virus, Bordetella, Legionella, Chlamydia o Mycoplasma obtenido de secreciones respiratorias o tejido b) Detección de antígeno de Legionella en orina c) Aumento de 4 (cuatro) veces el título de anticuerpos para Legionella pneumophyla serogrupo 1 en muestras pareadas de suero, de fase aguda y de</p>	<p>Criterio radiológico Dos o más radiografías de tórax con al menos 1 (uno) de los siguientes: a) Infiltrado persistente, nuevo o progresivo b) Consolidación c) Cavitación d) Pneumatocele (en ≤ 1 año) Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca subyacente (síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema o enfermedad pulmonar</p>
<p>Neumonía por virus, Legionella, Chlamydia, Mycoplasma y otras bacterias (Neumonía 2V)</p>				



	<p>d) Aparición de expectoración purulenta o cambios en las características del esputo o aumento de secreciones o aumento en el número de aspiración de secreciones</p> <p>e) Tos nueva/progresiva o disnea/taquipnea</p> <p>f) Estertores o ruidos bronquiales</p> <p>g) Deterioro en el intercambio gaseoso (baja saturación de oxígeno < 94%, aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios expresado con el deterioro de la PaO₂/FiO₂ ≤ 240 o incremento de la PEEP o FiO₂ después de 48 horas de estabilidad)</p>	<p>convalecencia ≥ 1:128 por inmunofluorescencia indirecta</p> <p>d) Aumento de 4 (cuatro) veces el título de anticuerpos IgG en muestras pareadas de suero para <i>Chlamydia</i>, Influenza u otro virus</p>	<p>obstructiva crónica – EPOC), 1 (una) radiografía es aceptable.</p>
<p>Neumonía en pacientes inmunocomprometidos (Neumonía 3)</p> <p>Paciente deberá cumplir con los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio clínico</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p> <p>b) Alteración del estado mental en adultos mayores de 70 años</p> <p>c) Aparición de expectoración purulenta o cambios en las características del esputo o aumento de secreciones o</p>	<p>Criterio de laboratorio</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>a) Identificación de <i>Candida</i> spp. en cultivo de sangre y muestra de esputo, aspirado endotraqueal, lavado bronco alveolar o cepillado protegido.</p> <p>b) Evidencia de hongos (se excluye cualquier <i>Candida</i>) y levaduras no</p>	<p>Criterio radiológico</p> <p>Criterio radiológico</p> <p>Dos o más radiografías de tórax con al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>a) Infiltrado persistente, nuevo o progresivo</p> <p>b) Consolidación</p> <p>c) Cavitación</p> <p>d) Pneumatocele (en ≤ 1 año)</p>



<p>Se considera como inmunocomprometido: pacientes con neutropenia (recuento absoluto de neutrófilos o recuento total de glóbulos blancos menos a 500/mm³); diagnóstico de leucemia; diagnóstico de linfoma; diagnóstico de VIH con recuento CD4 menor a 200 mg/dl; paciente con esplenectomía previa; paciente con antecedente de trasplante de órganos sólidos o de células madre hematopoyéticas; paciente en tratamiento con quimioterapia citotóxica; paciente que recibe esteroides administrados por vía enteral o parenteral (excluye esteroides inhalados y tópicos) diariamente durante más de 14 días en la fecha del evento.</p>	<p>aumento en el número de aspiración de secreciones d) Tos nueva / tos progresiva o disnea / taquipnea e) Estertores o ruidos bronquiales f) Deterioro en el intercambio gaseoso (baja saturación de oxígeno < 94%, aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los parámetros ventilatorios expresado con el deterioro de la PaO₂/FiO₂ ≤ 240 o incremento de la PEEP o FiO₂ después de 48 horas de estabilidad) g) Hemoptisis h) Dolor torácico tipo pleurítico</p>	<p>especificadas en una muestra del tracto respiratorio inferior (lavado bronco alveolar o cepillado protegido) mediante examen directo o cultivo positivo para hongos. O c) Cualquiera de los criterios de laboratorio definidos en Neumonía 2</p>	<p><i>Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC), 1 (una) radiografía es aceptable.</i></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Observaciones:

1. Una sola observación de esputo purulento o cambios en las características no es significativa. La observación repetida durante un periodo de 24 horas es más indicativa del comienzo del proceso infeccioso. Cambio en las características del esputo se refiere al color, consistencia, olor y cantidad.
2. Determinar y adjudicar la etiología de una neumonía en un paciente con evidencia radiológica y hemocultivo positivo a dicho microorganismo aislado, es un proceso que debe ser cuidadosamente analizado, en particular si el paciente tiene colocado un catéter de vía central y/o catéter urinario. En general, en un inmunocomprometido los hemocultivos positivos para *Staphylococcus* coagulasa negativo, contaminantes habituales de la piel y hongos no deben considerarse agentes etiológicos de neumonía.
3. Considerando las definiciones establecidas, los cultivos de secreciones semicuantitativos o no cuantitativos obtenidos mediante aspiración o lavado son aceptables.
4. Existe una jerarquía que categoriza los tipos específicos de neumonía. Si un paciente cumple con los criterios para más de un sitio específico, se notifica solo uno:
 - a) Si el paciente cumple con criterios para Neumonía 1 y 2, se notifica como Neumonía 2
 - b) Si el paciente cumple con criterios para Neumonía 2 y 3, se notifica como Neumonía 3
 - c) Si el paciente cumple con criterios para Neumonía 1 y 3, se notifica como Neumonía 3
 - d) Si hay infección simultánea del tracto respiratorio inferior (absceso o empiema) y neumonía (ambos con el mismo microorganismo) se notifica como Neumonía
5. Si la neumonía ocurre dentro de las 48 horas de transferencia de un paciente de un área de hospitalización a otra, la infección se reporta y atribuye al servicio/sala/unidad/hospital que transfirió al paciente y no al servicio/sala/unidad/hospital (receptor) al momento del diagnóstico. Esto se denomina Regla de Transferencia.

Tabla #1. Punto de corte y unidades para las muestras utilizadas en el diagnóstico de Neumonía

Muestras / Técnicas	Valor	Comentario
Parénquima pulmonar	$\geq 10^4$ UFC/g de tejido	Muestra tomada de biopsia de pulmón abierto o inmediatamente post mortem obtenida de biopsia transtorácica o transbronquial
Muestras obtenidas por broncoscopia		
Lavado bronco alveolar (LABB)	$\geq 10^4$ UFC/ml	
Lavado bronco alveolar protegido (LABP)	$\geq 10^4$ UFC/ml	
Cepillado protegido (CPPB)	$\geq 10^3$ UFC/ml	
Muestras obtenidas sin broncoscopia		
Lavado bronco alveolar (LABNB)	$\geq 10^4$ UFC/ml	
Cepillo protegido (CPSB)	$\geq 10^3$ UFC/ml	
Aspirado traqueal	$\geq 10^5$ UFC/ml	Si se aíslan dos microorganismos, se notifican ambos.



Consideraciones para Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva (NAVMI):

1. Ocasionalmente, en pacientes ventilados, el diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica podría realizarse en base a signos, síntomas y la radiografía de tórax. De todas maneras, en aquellos con enfermedad cardíaca o respiratoria de base (Ej.: enfermedad pulmonar intersticial o insuficiencia cardíaca congestiva) el diagnóstico podría ser particularmente difícil. Estas condiciones no infecciosas pueden simular la presentación de neumonía. En dichos casos se sugiere examinar las radiografías seriadas a fin de poder diferenciar procesos infecciosos de aquellos no infecciosos. Para ayudar en la confirmación de dichos casos sería de utilidad revisar (si se disponen) las radiografías del día del diagnóstico, tres días previos, y dos y siete días posteriores al mismo. La neumonía puede tener un rápido inicio y progresión, pero no suele resolverse rápidamente, persistiendo los cambios radiográficos por varias semanas. Una rápida resolución sugiere que el paciente no tiene una neumonía sino posiblemente un proceso no infeccioso como atelectasia o insuficiencia cardíaca congestiva.
2. Cuando se evalúa un paciente para definir neumonía es importante tener en cuenta que los cambios producidos en el estado clínico no respondan a otras causas (infarto del miocardio, tromboembolismo pulmonar, síndrome de distrés respiratorio, atelectasias, cánceres o tumores, EPOC, enfermedad de membrana hialina, displasia broncopulmonar, etc.). También deben distinguirse, al evaluar un paciente intubado, la colonización traqueal y las infecciones respiratorias del tracto superior, de la neumonía temprana. Es difícil definir NAVMI en pacientes gerontes, niños e inmunocomprometidos ya que estas condiciones podrían enmascarar signos típicos y síntomas asociados con neumonía. Por tal razón, se han definido criterios específicos aplicables a ese tipo de pacientes.
3. Múltiples episodios de NAVMI pueden ocurrir en pacientes críticamente enfermos con estadías hospitalarias prolongadas. Cuando se considera el reporte de múltiples episodios de NAVMI en el mismo paciente, deben buscarse evidencias de la resolución del episodio inicial (el estado de apirexia, la estabilización de los glóbulos blancos, la mejoría radiológica y la estabilización del intercambio gaseoso (Pa/FiO_2)). El agregado o cambio de los patógenos solamente, no es indicativo de un nuevo episodio de neumonía. Además del aislamiento de un nuevo patógeno, se requiere para efectuar un nuevo diagnóstico de neumonía, de la combinación de nueva sintomatología y evidencia radiográfica u otras pruebas diagnósticas.
4. Se establece un periodo de ventana de 14 días desde el inicio del 1er episodio en el cual no se puede agregar un nuevo episodio del mismo tipo de infección en un mismo paciente.
5. Las tinciones de Gram y preparados con hidróxido de potasio para fibras de elastina y/o hifas de hongos que resultan positivos y provienen de muestras de esputo, pueden resultar de importancia para orientar a la etiología de la infección. Sin embargo, dichas muestras resultan frecuentemente contaminadas con microorganismos colonizantes de las vías aéreas, por cual deben ser interpretadas cautelosamente. En particular, *Candida spp.*, que es frecuentemente vista en las tinciones, pero rara vez causa NAVMI.



<p>Infecciones del Tracto Urinario (ITU) Este evento comprende 3 tipos de infecciones: ITU sintomática, ITU asintomática con infección del torrente sanguíneo, otras infecciones del tracto urinario.</p> <p>ITU sintomática asociada a catéter urinario permanente Paciente con catéter urinario permanente por más de 2 (dos) días calendario al día de inicio de síntomas, considerado el día de la colocación del dispositivo como día 1 (uno) y permanece colocado en la fecha del evento o hasta 1 (un) día calendario (24 horas) posterior a su retiro.</p>		
<p>Infección del tracto urinario sintomática (ITUS) asociada a CUP</p> <p>Paciente mayor de 1 año deberá cumplir con los 3 (tres) criterios:</p>	<p>Criterio 1 Paciente con catéter urinario por más de 48 horas consecutivas al día del evento y, además: a) Catéter presente en cualquier momento del día del evento O b) Catéter fue retirado el día previo al evento</p>	<p>Criterio 2 Al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Tenesmo vesical c) Dolor suprapúbico d) Dolor o hipersensibilidad en el ángulo costovertebral e) Urgencia urinaria* f) Aumento de frecuencia urinaria* g) Disuria* *Si el paciente tiene catéter urinario en uso, no se toman en cuenta estos síntomas</p>
<p>Paciente menor de 1 año deberá cumplir con los 3 (tres) criterios:</p>	<p>Criterio 1 Paciente con catéter urinario permanente por más de 48 horas consecutivas al día del evento.</p>	<p>Criterio 2 Al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Hipotermia (temperatura igual o menor a 36°C) c) Apnea d) Bradicardia</p>
		<p>Criterio 3 Cultivo de orina con no más de 2 (dos) especies de microorganismos con recuento mayor o igual a 10⁵ UFC/ml en al menos uno de los microorganismos</p>
		<p>Criterio 3 Cultivo de orina con no más de 2 (dos) especies de microorganismos con recuento mayor a 10⁵ UFC/ml en uno de los microorganismos.</p>



<p>Infección del tracto urinario sintomática (ITUS) no asociada a catéter permanente</p> <p>Paciente deberá cumplir con los siguientes 3 (tres) criterios:</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Paciente sin catéter urinario permanente el día del evento o el día antes del evento.</p>	<p>e) Letargia f) Vómitos g) Dolor suprapúbico</p> <p>Criterio 2</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) en pacientes con edad menor o igual a 65 años b) Dolor suprapúbico c) Dolor o hipersensibilidad en el ángulo costovertebral d) Urgencia urinaria e) Frecuencia urinaria f) Disuria</p>	<p>Criterio 3</p> <p>Cultivo de orina con no más de 2 (dos) especies de microorganismos con recuento mayor a 10⁵ UFC/ml en uno de los microorganismos.</p>
<p>Infección del tracto urinario asintomática con infección del torrente sanguíneo</p> <p>Paciente deberá cumplir con los siguientes 3 (tres) criterios:</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Paciente con o sin catéter urinario que no tiene signos o síntomas de infección del tracto urinario.</p>	<p>Criterio 2</p> <p>Cultivo de orina con no más de 2 (dos) especies de microorganismos con recuento mayor a 10⁵ UFC/ml en uno de los microorganismos.</p>	<p>Criterio 3</p> <p>Paciente con un microorganismo identificado en cultivo de sangre y con al menos un microorganismo identificado que coincide en el cultivo de orina con recuento mayor a 10⁵ UFC/ml</p> <p>O</p> <p>Cumple con los criterios de la infección del torrente sanguíneo (criterio 2 sin fiebre) y coincide con los microorganismos comensales de la orina.</p>



<p>Otras Infecciones del tracto urinario (riñón, uréter, vejiga, uretra o tejidos retroperitoneales o del espacio perirrenal)</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Presencia de un microorganismo aislado por cultivo de fluido (excepto orina) o tejido del sitio afectado.</p>	<p>Criterio 2</p> <p>Presencia de absceso u otra evidencia de infección por examen directo, durante cirugía o estudio histopatológico.</p>	<p>Criterio 3</p> <p>Presencia de al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida:</p> <p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p> <p>b) Dolor localizado en el sitio afectado</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>c) Drenaje purulento del sitio afectado</p> <p>d) Microorganismo identificado en cultivo de sangre compatible con el sitio de sospecha de la infección</p> <p>e) Evidencia radiológica sugestiva de infección</p>
	<p>Criterio 4 alternativo para paciente menor o igual a 1 (un) año</p> <p>Presencia de al menos 1 (uno) de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida:</p> <p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p> <p>b) Hipotermia (temperatura igual o menor a 36°C)</p> <p>c) Apnea</p> <p>d) Bradicardia</p> <p>e) Disuria</p> <p>f) Letargia</p> <p>g) Vómitos</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>h) Drenaje purulento del sitio afectado</p>		



	i) Microorganismo identificado en cultivo de sangre compatible con el sitio de sospecha de la infección
	j) Evidencia radiológica sugestiva de infección



Observaciones:

1. ITU es un sitio primario de la infección y no debe ser considerada secundaria a otro sitio de la infección.
2. En paciente mayor de 65 años que presenta fiebre mayor a 38°C como único síntoma dentro del periodo de ventana de una infección, no se puede considerar ITU asintomática no asociada a catéter urinario permanente.
3. Los urocultivos deben ser obtenidos utilizando la técnica aséptica o cateterización colocado para este fin. En caso de no poder realizar el recambio de la sonda, las muestras obtenidas del catéter urinario deben ser aspiradas a través de los sitios para toma de muestras previa desinfección.
4. En los lactantes, los urocultivos deben ser obtenidos por aspiración suprapúbica o catéter urinario colocado para tal efecto, si hay algún impedimento para la punción.
5. Las muestras de urocultivo obtenidas de la bolsa colectora de orina **NO** son válidas.
6. Los urocultivos deben procesarse tan pronto como sea posible, preferiblemente dentro de 1 a 2 horas de obtenida la muestra. Si la muestra no puede ser procesada a los 30 minutos de la recolección, deben ser refrigeradas y cultivarse dentro de las 24 horas.
7. En la solicitud para realizar cultivo de orina se debe indicar si el paciente está recibiendo tratamiento antibiótico.
8. La punta de catéter urinario no debe ser cultivada y no es aceptable para el diagnóstico de ITU.
9. Los siguientes microorganismos están excluidos para cumplir con la definición de ITU: hongos miceliales, hongos dimórficos, parásitos. Estos microorganismos solo serán considerados en una muestra de orina cuando esté presente otro microorganismo con recuento mayor de 10^5 UFC/ml. Se exceptúa *Candida auris*. Además, estos microorganismos no bacterianos identificados en sangre no pueden considerarse secundarios a ITU ya que están excluidos de la definición de ITU.
10. La flora mixta no puede notificarse como un patógeno que cumple criterios de ITU.
11. El dolor suprapúbico ya sea provocado por la palpación o como una queja subjetiva, es aceptable como parte del criterio de ITUS si está documentado en la historia clínica durante el periodo de ventana de la infección. El dolor abdominal bajo, hipogástrico o la incomodidad pélvica son ejemplos de síntomas que pueden usarse como dolor suprapúbico.
12. El dolor abdominal generalizado en la historia clínica no debe interpretarse como sensibilidad suprapúbica, ya que existen muchas causas de dolor abdominal y este síntoma es muy general.
13. El dolor de espalda o el dolor de flanco son ejemplos de síntomas que se pueden utilizar como dolor o sensibilidad en el ángulo costovertebral.
14. El dolor lumbar generalizado no debe interpretarse como dolor costovertebral.



Infección del Torrente sanguíneo primaria confirmada por laboratorio (ITSLAB)		
Criterio 1 (ITSLAB 1)	Criterio 2 (ITSLAB 2)	Criterio 3 (ITSLAB 3)
<p>Paciente de cualquier edad incluyendo niños con edad igual o menor de 1 año</p> <p>Aislamiento de un microorganismo conocido¹ en 1 (uno) o más cultivos de sangre² obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico (excluye microorganismos identificados mediante pruebas en suero)</p> <p>Y</p> <p>Microorganismo identificado no está relacionado con infección en otro sitio</p> <p>Y</p> <p>Presencia de al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas:</p> <p>En <u>pacientes mayores de 1 año</u>:</p> <p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p> <p>b) Escalofríos</p> <p>c) Hipotensión</p> <p>En <u>pacientes menores de 1 año</u>:</p> <p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p> <p>b) Hipotermia (temperatura igual o menor a 36°C)</p> <p>c) Bradicardia</p> <p>d) Apnea</p>	<p>Pacientes mayores de 1 año</p> <p>Presencia de al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas:</p> <p>d) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p> <p>e) Escalofríos</p> <p>f) Hipotensión</p> <p>Y</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de sangre no está relacionado con infección en otro sitio</p> <p>Y</p> <p>Dos o más cultivos de sangre positivos para microorganismos contaminantes conocidos de la piel tomados en diferentes periodos de tiempo.</p>	<p>Paciente menor o igual a 1 año</p> <p>Presencia de al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas:</p> <p>e) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p> <p>f) Hipotermia (temperatura igual o menor a 36°C)</p> <p>g) Bradicardia</p> <p>h) Apnea</p> <p>Y</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de sangre no está relacionado con infección en otro sitio.</p> <p>Y</p> <p>Dos o más cultivos de sangre positivos para microorganismos contaminantes conocidos de la piel tomados en diferentes periodos de tiempo.</p>

ITSLAB

Deberán cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:



(1)(2) Ver observaciones 1 y 2



Observaciones:

1. El término “microorganismo conocido” en este criterio se refiere a cualquier microorganismo que no esté incluido en la lista comensal. Ejemplo de microorganismos conocidos: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus sp.*, *Escherichia coli*, *Pseudomona spp.*, *Klebsiella spp.*, *Candida spp.*, etc.
2. La frase “uno o más cultivos de sangre” se refiere a que al menos 1 (una) botella de sangre es reportada por el laboratorio con el crecimiento de un organismo (ej. un cultivo de sangre positivo).
3. La frase “dos o más cultivos de sangre positivos para contaminantes conocidos de la piel tomados en diferentes periodos de tiempo” hace referencia: al menos 2 (dos) muestras recolectadas dentro de las 48 horas una de otra y que al menos 1 (una) botella de cada muestra esté reportada en el laboratorio con el crecimiento del mismo microorganismo contaminante conocido de la piel. La fecha de la primera muestra recolectada se utiliza para determinar el periodo de ventana de la infección primaria de la sangre.
Ejemplos de contaminantes conocidos: *difteroides*, *Corynebacterium spp.*, *Bacillus spp.*, (no *B anthracis*), *Propionibacterium spp.*, *Staphylococcus coagulasa negativa* (incluyendo *S. epidermidis*), *Streptococcus del grupo viridans*, *Aerococcus spp.*, *Micrococcus spp.*
4. Existen variadas condiciones para determinar la valoración de los mismos microorganismos:
 - a) Si es identificada la especie del contaminante conocido de piel y después en el desarrollo del otro cultivo de sangre se identifica solamente con un nombre descriptivo (ej.: sólo género), se asume que los microorganismos son iguales. El microorganismo identificado se debe informar como el patógeno de infección.
 - b) Sólo debería utilizarse la identificación de género y especie para determinar la similitud de los microorganismos. No se deberían utilizar métodos comparativos adicionales (ej.: morfología y antibiogramas) debido a que las capacidades de pruebas y protocolos de laboratorio pueden variar entre instalaciones de salud. Esto reducirá la variabilidad del reporte. Reportar los microorganismos por género/especie solo una vez y si los datos del antibiograma están disponibles, reportar los resultados del panel más resistente.
5. El día del evento siempre será la fecha en que se produzca el primer elemento por primera vez durante el periodo de ventana de la infección primaria de la sangre, ya sea un signo o síntoma o la muestra de sangre positiva.
Los cultivos de sangre en los pacientes pediátricos pueden consistir en una sola botella debido a las limitaciones de volumen. En estos casos, el cultivo de sangre debe ser positivo para los microorganismos conocidos (no comensales).
6. Los microorganismos que pertenecen a los siguientes géneros se excluyen como patógenos para infecciones del torrente sanguíneo confirmada por laboratorio: *Campylobacter spp.*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Listeria spp.*, *Vibrio spp.*, *Yersinia spp.*, *Clostridioides difficile spp.*, *Escherichia coli spp enterohemorrágica* y *Escherichia coli spp enteropatógena*. Estos microorganismos son elegibles para su uso en infección del torrente sanguíneo secundaria pero no se notificarán como único agente patógeno en infección del torrente sanguíneo primaria.



7. Los microorganismos que pertenecen a los siguientes géneros no pueden notificarse como ITSLAB: *Blastomyces dermatitidis*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides sp.*, *Paracoccidioides sp.*, *Cryptococcus sp.*, *Pneumocystis jirovecii*.
Son excluidos porque típicamente causan infecciones asociadas a la comunidad y rara vez IAAS.
8. Existe una jerarquía que categoriza los criterios de ITSLAB:
 - a) Si un paciente cumple con los criterios 1 y 2 de infección del torrente sanguíneo confirmada por laboratorio, se notifica ITSLAB 1 con el patógeno identificado como microorganismo 1 y el comensal común como microorganismo 2.

Infección del Torrente sanguíneo confirmada por laboratorio en pacientes con lesión de la barrera mucosa (ITSLAB-LBM) Un evento de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter central (ITS-CC) deberá cumplir por completo un criterio de ITSLAB antes de evaluar los criterios de ITSLAB-LBM Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:		
ITSLAB-LBM 1 Criterio 1	ITSLAB-LBM 2 Criterio 2	ITSLAB-LBM 3 Criterio 3
Paciente de cualquier edad que cumpla con los criterios de ITSLAB 1	Paciente de cualquier edad que cumpla con los criterios de ITSLAB 2	Paciente menor de 1 año que cumpla con los criterios de ITSLAB 3
Con al menos un microorganismo en sangre	Con al menos 2 muestras de sangre	
Identificado por cultivo u otro método microbiológico no basado en cultivo		
Con sólo microorganismos intestinales (Tabla #2)	Con sólo los <i>Streptococcus del grupo viridans</i> y ningún otro microorganismo	
Y El paciente cumple con al menos 1 (uno) de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) Es un receptor de trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas en el último año con uno de los siguientes criterios documentados durante la misma hospitalización con muestra de sangre positiva: <ol style="list-style-type: none"> a.1) Enfermedad de injerto contra el huésped grado III ó IV con compromiso gastrointestinal a.2) Diarrea \geq 1 litro en un periodo de 24 horas (o \geq 20 ml/kg en un periodo de 24 horas para pacientes menores de 18 años) con inicio en los 7 días calendario anteriores a la fecha en que se recolectó la muestra de sangre positiva. b) Es neutropénico definido como, paciente con valores absolutos de conteo de neutrófilos o conteo total de glóbulos blancos $<$ 500 células/mm³ separados con al menos 2 (dos) días dentro del periodo de ventana de 7 días incluyendo el día de toma de la muestra de sangre positiva (día 1), 3 días calendario antes y 3 días calendario después. 		



Observaciones:

1. Si un paciente cumple con los criterios de ITSLAB-LBM 1 y ITSLAB-LBM 2 (específicamente tiene *Streptococcus viridans*), se informará ITSLAB-LBM 1 con el patógeno identificado como microorganismo 1 y el comensal como microorganismo 2.



2. Se puede utilizar cualquier combinación de valores de recuento absoluto de neutrófilos o total de leucocitos para cumplir con los criterios de neutropénico, siempre que se recopilen en días separados dentro del periodo especificado.
3. El día del evento de ITSLAB-LBM siempre será la fecha en que se cumplieron los criterios de ITSLAB. Los valores anormales de neutrófilos y leucocitos reflejan factores de riesgo para adquirir ITSLAB-LBM, no síntomas de infección y, por lo tanto, no se utilizan en las determinaciones del día del evento.
4. En ITSLAB-LMB criterios 1, 2 y 3, "ningún otro microorganismo" significa que no hay identificación de un patógeno (*Staphylococcus aureus*) o dos comensales comunes (*Staphylococcus* coagulasa negativa) tomados de cultivos de sangre en diferentes momentos. Si esto ocurre, la infección no debe ser clasificada como ITSLAB-LMB.
5. Cuando se toma otro cultivo de sangre durante el periodo de ventana de una ITSLAB-LMB que resultó positivo para un microorganismo excluido de los criterios entonces se notifica el evento como ITSLAB y se agrega el microorganismo.
6. En estos casos deben sumarse todos los días de acceso vasculares que tenga el paciente para incluirlo en los denominadores. Los dispositivos de acceso vascular incluyen: vías periféricas, fístula arteriovenosa, injerto arteriovenoso, catéter central no colocado durante la hospitalización.
7. Los cables de marcapasos y otros dispositivos sin lumen colocados en vasos centrales o en el corazón **NO** son considerados catéteres centrales porque no se usan para infundir fluidos, administrar medicamentos en bolo ni para extracción de sangre.
8. Consideraciones para la recolección de muestras: la sangre para hemocultivos no debe obtenerse a través de un catéter central. Las extracciones de sangre deben realizarse de sitios diferentes (ej. venas antecubitales).
9. Los cultivos de punta de catéter **NO** se utilizan para determinar si un paciente tiene infección primaria del torrente sanguíneo.
10. Tromboflebitis supurada con cultivos de sangre negativos o no realizados, **NO** se considera infección primaria de la sangre. Se considera una infección del sistema cardiovascular (infección vascular).
11. No se considera infección primaria del torrente sanguíneo confirmada por laboratorio asociada al catéter central cuando hay secreción purulenta en el sitio de inserción y se toma un cultivo de la secreción durante el periodo de ventana resultando por lo menos un microorganismo igual al de la muestra de sangre.

Tabla #2. Listado de microorganismos para el criterio 1 ITSLAB-LBM (adaptado del NHSN)

<i>Abiotrophia</i>	<i>Escherichia (E)</i>	<i>Pantoea (+E)</i>
<i>Alistipes</i>	<i>Eubacterium</i>	<i>Parabacteroides</i>
<i>Alloscardovia</i>	<i>Ewingella (E)</i>	<i>Peptostreptococcus</i>
<i>Anaerobiospirillum</i>	<i>Faecalibacterium</i>	<i>Pichia</i>
<i>Anaerococcus</i>	<i>Filifactor</i>	<i>Porphyromonas</i>
<i>Anaerorhabdus</i>	<i>Fingoldia</i>	<i>Prevotella</i>
<i>Arcobacter</i>	<i>Flavonifractor</i>	<i>Proteus (E)</i>
<i>Atopobium</i>	<i>Fusobacterium</i>	<i>Providencia (E)</i>
<i>Averyella (+E)</i>	<i>Gemella</i>	<i>Pseudoflavonifractor</i>
<i>Bacteroides</i>	<i>Geotrichum</i>	<i>Pseudoramibacter}</i>
<i>Bifidobacterium</i>	<i>Granulicatella</i>	<i>Rahnella (E)</i>
<i>Bilophila</i>	<i>Hafnia (E)</i>	<i>Raoultella (+E)</i>
<i>Blautia</i>	<i>Helcococcus</i>	<i>Rothia</i>



<i>Buttiauxella (E)</i>	<i>Helicobacter</i>	<i>Ruminococcus</i>
<i>Campylobacter</i>	<i>Klebsiella (E)</i>	<i>Saccharomyces</i>
<i>Candida</i>	<i>Kluyvera (E)</i>	<i>Sarcina</i>
<i>Capnocytophaga</i>	<i>Kluyveromyces</i>	<i>Serratia (E)</i>
<i>CDC Enteric group 58(E)</i>	<i>Lactobacillus</i>	<i>Shigella (E)</i>
<i>Cedecea (E)</i>	<i>Leclercia (E)</i>	<i>Slackia</i>
<i>Citrobacter (E)</i>	<i>Leminorella (E)</i>	<i>Streptococcus (VGS subset)</i>
<i>Clostridium</i>	<i>Leptotrichia</i>	<i>Tannerella</i>
<i>Collinsella</i>	<i>Leuconostoc</i>	<i>Tatumella (E)</i>
<i>Cronobacter (+E)</i>	<i>Megamonas</i>	<i>Tetragenococcus</i>
<i>Dialister</i>	<i>Megasphaera</i>	<i>Tissierella</i>
<i>Dichelobacter</i>	<i>Mitsuokella</i>	<i>Trabulsiella (E)</i>
<i>Edwardsiella (E)</i>	<i>Moellerella (E)</i>	<i>Veillonella</i>
<i>Eggerthella</i>	<i>Mogibacterium</i>	<i>Weissella</i>
<i>Eggerthia</i>	<i>Morganella (E)</i>	<i>Yersinia (E)</i>
<i>Enterobacter (E)</i>	<i>Obesumbacterium (+E)</i>	<i>Yokenella (E)</i>
<i>Enterococcus</i>	<i>Odoribacter</i>	

E = Familia Enterobacteriaceae



Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ)			
Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4
<p>Infeción superficial de sitio quirúrgico</p> <p>La fecha del evento ocurre dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico afectando piel y tejido subcutáneo sin llegar a la fascia muscular.</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión superficial.</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de fluidos o tejidos de la incisión superficial obtenida por técnica aseptica u otro método microbiológico.</p>	<p>Presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión profunda pero no de órganos y espacios.</p> <p>Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o apertura deliberada por un cirujano, médico tratante u otro personal asignado con cultivo positivo o sin cultivo (no realizado)</p> <p>Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas:</p> <p>a) Dolor o hipersensibilidad</p> <p>b) Edema localizado</p> <p>c) Rubor</p> <p>d) Calor</p> <p>Un cultivo con resultado negativo no cumple con este criterio.</p>	<p>Diagnóstico de infección superficial de sitio quirúrgico realizado por el cirujano o médico tratante u otro personal asignado.</p>
<p>Infeción profunda de sitio quirúrgico</p> <p>La fecha del evento ocurre dentro de los 30 ó 90 días posteriores al procedimiento quirúrgico afectando tejidos blandos profundos (fascia y capas musculares) Tabla #3</p>	<p>Presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión profunda pero no de órganos y espacios.</p> <p>Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o apertura deliberada por un cirujano, médico tratante u otro personal asignado con cultivo positivo o sin cultivo (no realizado)</p> <p>Y</p>	<p>Presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión profunda pero no de órganos y espacios.</p> <p>Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o apertura deliberada por un cirujano, médico tratante u otro personal asignado con cultivo positivo o sin cultivo (no realizado)</p> <p>Y</p>	<p>Diagnóstico de infección profunda de sitio quirúrgico realizado por el cirujano o médico tratante u otro personal asignado.</p>



<p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>		<p>Al menos uno de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura mayor o igual a > 38°C) b) Dolor localizado c) Hipersensibilidad <i>Un cultivo con resultado negativo no cumple con este criterio.</i></p>	
<p>Infeción de sitio quirúrgico que compromete órgano/espacio <i>La fecha del evento ocurre dentro de los 30 ó 90 días posteriores al procedimiento quirúrgico afectando cualquier parte del cuerpo más profundo excluyendo piel, fascia y músculos profundos que hayan sido operados o manipulados durante el procedimiento (Tabla #3)</i> <u>Debe ser clasificada según el órgano o cavidad afectada</u> Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Presencia de secreción purulenta en el sitio de drenaje situado en el órgano o cavidad.</p>	<p>Criterio 2</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de fluidos o tejido de órgano/espacio obtenido por técnica aséptica.</p>	<p>Criterio 3</p> <p>Presencia de absceso u otra evidencia de infección que involucra órgano/espacio detectado por examen directo o estudio histopatológico o radiológico</p>





Instrucciones para la notificación de ISQ:

1. Si a un paciente sometido a una cirugía de revascularización con safena, se le identifican ISQ en ambas incisiones, se deberá notificar la infección del tórax.
2. No reportar los abscesos de los puntos de sutura (inflamación mínima y separación confinada de los puntos de sutura) como una infección.
3. La "celulitis" por sí sola no presenta criterios para ISQ superficial.
4. No se considera infección de sitio quirúrgico:
 - a) Infección de herida por arma blanca (será notificada como infección de piel o partes blandas según la profundidad)
 - b) Infección secundaria a episiotomía (será notificada como infección de la episiotomía)
 - c) Infección secundaria a circuncisión (será notificada como infección de la circuncisión)
 - d) Infección de las quemaduras (serán reportadas como quemaduras).
5. Ocasionalmente las infecciones de órgano/espacio drenan a través de la incisión, tales infecciones generalmente no involucran una nueva infección.
6. Notificar la mediastinitis acompañada de osteomielitis de acuerdo con la cirugía cardíaca que se realizó (ISQ-MED) en lugar de (ISQ-OSTE).
7. Reportar una ISQ relacionada a derivación ventricular (shunt) como ISQ-meningitis si ocurre en un tiempo menor o igual a 90 días después de colocado el shunt. Si la infección ocurre luego de los 90 días como consecuencia de la manipulación de la válvula de derivación o shunt no debe ser notificada como una ISQ sino como una meningitis asociada al sistema nervioso central.
8. Notificar el absceso espinal con meningitis como ISQ-MED.
9. Están excluidos de cumplir con los criterios de ISQ, los microorganismos asociados a infecciones de la comunidad (*Blastomyces dermatitidis*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides sp.*, *Paracoccidioides sp.*, *Cryptococcus sp.* y *Pneumocystis jirovecii*) y/o microorganismos asociados con infecciones latentes (Herpes zóster, Herpes simplex, sífilis, tuberculosis).
10. El tipo de ISQ (superficial, profunda o de órgano/espacio) debe reflejar la capa de tejido más profundo implicado en la infección durante el periodo de vigilancia. La fecha del evento debe ser la fecha en que el paciente cumple con los criterios para el nivel más profundo de la infección.
11. Si un paciente desarrolla una ISQ después de un cierre no primario se recomienda atribuir a ese procedimiento, si cumple con los criterios para una ISQ dentro del periodo de vigilancia establecido.
12. Si se infectan múltiples sitios de incisión primaria del mismo procedimiento quirúrgico, se notifica una ISQ.
13. Si se realizan 2 (dos) procedimientos en el mismo acto quirúrgico con incisiones iguales o diferentes, se vigilará cada procedimiento por separado. Por ejemplo, en un accidente automovilístico en paciente con fractura expuesta que requiere reducción y además esplenectomía, ambos procedimientos se vigilan y la investigación deberá completarse en un formulario para cada una de las intervenciones.
14. Si se realiza una reintervención a través del mismo abordaje quirúrgico dentro de las 24 horas de finalizada la cirugía principal, debe notificarse como un solo procedimiento. La



duración se registrará como la sumatoria del tiempo de ambas. Si el tipo de herida cambió, se registrará la clase más alta de la herida. Si el ASA cambió, se informará el valor de ASA superior.

15. Si el paciente fallece en el quirófano, el procedimiento quirúrgico no debe ser reportado.

El periodo de vigilancia se establece dependiendo del tipo de ISQ (superficial, profunda o de órgano/espacio). Se considera el día 1 (uno) de vigilancia como el día que se realiza el procedimiento quirúrgico.

Tabla #3. Periodo de vigilancia según tipo de procedimiento quirúrgico

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA VIGILANCIA DENTRO DE LOS 30 DIAS	
Reparación de aneurisma aórtico abdominal	Trasplante de corazón
Amputación de miembros	Trasplante renal
Apendicectomía	Trasplante de hígado
Derivación para diálisis	Cirugía de cuello
Cirugía de conductos biliares, hígado, páncreas	Cirugía de tiroides y/o paratiroides
Endarterectomía de la carótida	Cirugía torácica
Cirugía de vesícula biliar	Cirugía de riñón
Cirugía de colon	Cirugía de bazo
Cirugía gástrica	Cirugía de intestino delgado
Cesárea	Cirugía de ovario
Histerectomía abdominal	Cirugía de próstata
Histerectomía vaginal	Cirugía rectal
Laminectomía	Laparotomía exploradora
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA VIGILANCIA DENTRO DE LOS 30 ó 90 DÍAS	
Cirugía cardíaca	Derivación ventricular
Revascularización de arteria coronaria con incisión en tórax y sitio donante	Revascularización de arteria coronaria con incisión en tórax
Cirugía de fusión espinal	Herniorrafia
Cirugía de marcapaso	Reducción abierta con fijación interna
Cirugía vascular periférica (bypass)	Prótesis de cadera
Cirugía de mamas	Prótesis de rodilla
Craneotomía	

Fuente: Manual de Seguridad del paciente. Red Nacional de Seguridad sanitaria (NHSN).2022

Las definiciones se distinguen e incluyen superficial primaria y secundaria cuando existen dos incisiones en el mismo acto quirúrgico (sitio dador o secundario). Por ejemplo, en la revascularización coronaria (bypass coronario) la herida primaria es la del tórax y secundaria sería la safenectomía si hay zona dadora. Si existe una infección post cirugía de columna, la primaria sería la de columna y secundaria la de la cresta en caso de zona dadora de hueso de cresta. En una cirugía laparoscópica si más de una incisión presenta infección se recomienda registrar la infección más profunda.



SITIOS ESPECÍFICOS DE CLASIFICACIÓN DE ISQ DE ÓRGANOS Y ESPACIOS			
Código	ISQ de órganos y espacio	Código	ISQ de órganos y espacio
OSTE	Osteomielitis	PULM	Otras infecciones del tracto respiratorio superior
MAM	Mastitis o absceso mamario	MED	Mediastinitis
CARD	Miocarditis y pericarditis	MEN	Infección de las meninges o de los ventrículos
DISC	Espacio discal	ORAL	Infección de la cavidad oral
OID	Infección de oído y mastoides	OREP	Otras infecciones del aparato reproductor del hombre o de la mujer
ENDOM	Endometritis	OITU	Otras infecciones del tracto urinario
ENDOC	Endocarditis	ESP	Infección del espacio espinal sin meningitis
OJO	Infección ocular	SINU	Sinusitis o infección de senos paranasales
TGI	Infección del tracto gastrointestinal	RS	Infecciones del aparato respiratorio superior
IAB	Infección gastrointestinal (no especificada de otra manera)	VASC	Infección arterial o venosa
CER	Intracraneal, absceso cerebral o de la duramadre	VAG	Infección de la cúpula vaginal
ART	Infección de la bursa y articulaciones	IAPA	Infección asociada a prótesis articular



Infecciones óseas y articulares	
<p>Osteomielitis</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de hueso obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 2 Evidencia de osteomielitis detectada en el examen directo del hueso durante cirugía o estudio histopatológico.</p>
	<p>Criterio 3 Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Aumento de volumen localizado en el área de incisión quirúrgica c) Dolor o hipersensibilidad en el área de incisión quirúrgica d) Calor local en el área de incisión quirúrgica e) Presencia de pus en el sitio de incisión quirúrgica Y Al menos 1 (uno) de los siguientes: f) Microorganismo identificado en cultivo de sangre obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico. g) Evidencia radiológica sugestiva de infección.</p>
<p>Infección del espacio intervertebral (discal)</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo del espacio discal intervertebral obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 2 Evidencia de infección del espacio discal detectada en el examen físico o estudio histopatológico.</p>
	<p>Criterio 3 Paciente con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor en el área de incisión quirúrgica Y Al menos 1 (uno) de los siguientes: c) Microorganismo identificado en cultivo de sangre obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico. d) Evidencia radiológica sugestiva de infección.</p>
<p>Infección articular o de la bursa</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de líquido articular o de biopsia sinovial obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 2 Evidencia de infección articular o de la bursa detectada durante la cirugía o estudio histopatológico.</p>
	<p>Criterio 3</p>



	<p>Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aumento de volumen localizado en el área de incisión quirúrgica b) Dolor o hipersensibilidad en el área de incisión quirúrgica c) Calor local en el área de incisión quirúrgica d) Evidencia de derrame o limitación a la movilidad <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Aumento de glóbulos blancos en el líquido articular o reacción positiva de las tiras reactivas para esterasa leucocitaria en el líquido articular f) Presencia de microorganismos y glóbulos blancos en líquido articular observados en tinción de Gram g) Microorganismo identificado en cultivo de sangre obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico h) Evidencia radiológica sugestiva de infección
<p>Infección articular periprotésica (después de cirugía de prótesis de cadera o de rodilla)</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Dos (2) muestras periprotésicas (de tejido o líquido articular) con al menos un microorganismo coincidente aislado en cultivo obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Evidencia de comunicación entre el tracto sinusal y la articulación detectada en el examen clínico</p> <p>Criterio 3 Paciente deberá cumplir con 3 (tres) de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aumento de Proteína C reactiva sérica (PCR mayor a 100 mg/L) y Velocidad de eritrosedimentación (VES mayor a 30 mm/h) b) Aumento de glóbulos blancos en líquido sinovial (GB mayor a 10,000 células/μL) o dos cruces (++) o más en la prueba de esterasa leucocitaria del líquido sinovial c) Aumento del porcentaje de neutrófilos polimorfonucleares (PMN) en líquido sinovial (PMN mayor a 90%) d) Presencia de PMN mayor a 5 por campo de alto poder en estudio histológico del tejido periprotésico e) Microorganismo identificado en cultivo de tejido o fluido periprotésico obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar la mediastinitis después de una cirugía cardíaca que se acompaña de osteomielitis como infección del sitio quirúrgico en mediastino 2. Informar la infección en órgano espacio (articulación o bursa) y hueso como infección de sitio quirúrgico en hueso 	



3. Informar después de una cirugía de prótesis de rodilla o cadera si cumple con infección de órgano espacio y hueso como infección de sitio quirúrgico en hueso
4. Para microorganismos identificados en cadera o rodilla se puede utilizar el criterio 1.
5. Un tracto sinusal es un pasadizo o abertura estrecha debajo de la piel que se extiende en cualquier dirección a través del tejido blando, resultando un espacio muerto con potencial formación de abscesos.
6. La definición de infección articular periprotésica está adaptada a la definición de la Sociedad de Infecciones Músculo esqueléticas.
7. Los cortes estandarizados de laboratorio en el criterio 3 son para vigilancia exclusivamente. No intentan guiar al clínico en el diagnóstico y tratamiento de la infección aguda o crónica. Los clínicos deben referirse a la definición consensuada por la Sociedad de Infecciones Músculo esqueléticas.

Infecciones del Sistema Nervioso Central	
<p>Infección intracraneal (absceso cerebral, infección epidural o subdural, encefalitis)</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de tejido cerebral o meninges obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Presencia de absceso o evidencia de infección intracraneal detectada durante la cirugía o estudio histopatológico.</p> <p>Criterio 3 Paciente mayor de 1 año con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Cefalea c) Vértigo d) Signos neurológicos focalizados e) Cambios en el estado de conciencia Y Al menos 1 (uno) de los siguientes: f) Microorganismo observado en examen microscópico del tejido cerebral o absceso obtenido por aspiración con aguja o durante procedimiento invasivo o autopsia. g) Evidencia radiológica sugestiva de infección.</p> <p>Criterio 4 Paciente igual o menor de 1 año con al menos 2 (dos) de los siguientes signos o síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) c) Apnea d) Bradicardia e) Signos neurológicos focalizados f) Cambios en el estado de conciencia (irritabilidad, letargia, falta de apetito) Y Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p>



	<p>g) Microorganismo observado en examen microscópico de tejido cerebral o absceso obtenido por aspiración con aguja o durante procedimiento invasivo o autopsia.</p> <p>h) Evidencia radiológica sugestiva de infección.</p>
<p>Meningitis o Ventriculitis</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p> 	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) o Cefalea b) Signos meníngeos sin otra causa atribuible c) Signos de pares craneales sin otra causa atribuible Y Al menos 1 (uno) de los siguientes: d) Aumento de glóbulos blancos, proteínas elevadas y disminución de la glucosa en el LCR (según rango de referencia del laboratorio). e) Microorganismo observado en LCR usando la tinción de Gram. f) Microorganismo identificado en cultivo de sangre obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 3 Paciente igual o menor de 1 año con al menos 2 (dos) de los siguientes: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) c) Apnea, bradicardia o irritabilidad d) Signos meníngeos sin otra causa atribuible e) Signos de pares craneales sin otra causa atribuible Y Al menos 1 (uno) de los siguientes: f) Aumento de glóbulos blancos, proteínas elevadas y disminución de la glucosa en el líquido cefalorraquídeo (según rango de referencia del laboratorio). g) Microorganismo observado en líquido cefalorraquídeo usando tinción de Gram. h) Microorganismo identificado en cultivo de sangre obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
<p>Absceso / Infección espinal (absceso espinal, subdural espinal o infección epidural)</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo del absceso o material purulento del espacio epidural o subdural espinal obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2</p>



<p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Presencia de absceso o evidencia de infección espinal detectada durante la cirugía o estudio histopatológico.</p> <p>Criterio 3 Paciente con al menos 1(uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor lumbar o hipersensibilidad c) Radiculitis d) Paraparesia o paraplejía</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1(uno) de los siguientes: e) Microorganismo identificado en cultivo de sangre obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico f) Evidencia radiológica de absceso / infección espinal</p>
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La meningitis del recién nacido es nosocomial a menos que haya evidencia que fue adquirida por vía transplacentaria. 2. Notificar como meningitis, si la meningitis y la encefalitis están ambas presentes. 3. Notificar como meningitis asociada a sitio quirúrgico a la infección por derivación ventrículo peritoneal, si ocurre dentro de los 90 días de colocación de la válvula. Si ocurre después de la manipulación/acceso, se considera como meningitis y no se notifica como IAAS. 4. Notificar como infección intracraneal, si la meningitis y el absceso cerebral están ambos presentes después de una cirugía. 5. Notificar como absceso /infección espinal, si la meningitis y el absceso espinal están ambos presentes después de cirugía 	

Infecciones del Sistema Cardiovascular	
<p>Miocarditis o Pericarditis</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p> 	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de líquido o tejido pericárdico obtenido por punción, aspiración o durante cirugía.</p> <p>Criterio 2 Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor torácico c) Pulso paradójico d) Aumento del tamaño del corazón</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: e) Anormalidades en el electrocardiograma (EKG) compatibles con miocarditis o pericarditis. f) Evidencia de miocarditis o pericarditis en estudios histopatológicos de tejido cardíaco. g) Efusión pericárdica identificada por ecocardiograma, tomografía axial computarizada, resonancia magnética ionizante o angiografía.</p> <p>Criterio 3</p>



	<p>Paciente menor o igual a 1 año que cumpla con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) c) Apnea d) Bradicardia e) Pulso paradójico f) Aumento del tamaño del corazón <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> g) Anormalidades en el electrocardiograma (EKG) compatibles con miocarditis o pericarditis. h) Evidencia de miocarditis o pericarditis en estudios histopatológicos de tejido cardíaco. i) Efusión pericárdica identificada por ecocardiograma, tomografía axial computarizada, resonancia magnética ionizante o angiografía.
<p>Endocarditis infecciosa</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de vegetación cardíaca, vegetación embolizada (absceso en órgano sólido) procedente de fuente cardíaca o absceso intracardiaco.</p> <p>Criterio 2 Microorganismo identificado en estudio histopatológico de vegetación cardíaca, vegetación embolizada (absceso de órgano sólido) procedente de fuente cardíaca o absceso intracardiaco.</p> <p>Criterio 3 Endocarditis observada en estudio histopatológico de vegetación cardíaca o absceso intracardiaco.</p> <p>Criterio 4 Al menos 1 (uno) de los siguientes hallazgos ecocardiográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Presencia de vegetación en la válvula cardíaca o en estructuras de soporte b) Presencia de absceso intracardiaco c) Evidencia de nueva dehiscencia parcial en la válvula protésica <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes microorganismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> d) Microorganismos infecciosos típicos de endocarditis (<i>Streptococcus viridans</i>, <i>Streptococcus bovis</i>, <i>Haemophilus spp.</i>, <i>Actinobacillus actinomycetemcomitans</i>, <i>Cardiobacterium hominis</i>, <i>Eikenella corrodens</i>, <i>Kingella spp.</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Enterococcus spp.</i>) identificados a partir de 2 (dos) muestras de sangre coincidentes extraídas en diferentes momentos con no más de 1 (un) día



	<p>calendario entre muestras mediante cultivos u otro método microbiológico.</p> <p>e) Detección de <i>Coxiella burnetii</i> en cultivo de sangre u otro método microbiológico o títulos de anticuerpos IgG mayores a 1:800.</p> <p>Criterio 5 Al menos 3 (tres) de los siguientes:</p> <p>a) Endocarditis previa, válvula prostética, enfermedad cardiaca congénita no corregida, historia de enfermedad reumática cardiaca, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva o uso de drogas intravenosas conocidas.</p> <p>b) Fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C).</p> <p>c) Fenómenos vasculares: embolia de arteria principal (derrame cerebral por embolia, infarto renal, infarto o absceso esplénico, isquemia digital /gangrena de fuente embólica), infarto pulmonar séptico, aneurisma micótico (documentado por imágenes, observado en cirugía o descrito en examen macroscópico de muestras), hemorragia intracraneal, hemorragia conjuntival o lesiones de Janeway documentadas.</p> <p>d) Fenómenos inmunológicos: glomerulonefritis (documentado o presencia de glóbulos blancos o rojos en urinálisis), nódulos de Osler, manchas de Roth o factor reumatoideo positivo.</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>e) Microorganismos típicos de endocarditis infecciosa (<i>Streptococcus viridans</i>, <i>Streptococcus bovis</i>, <i>Haemophilus spp.</i>, <i>Actinobacillus actinomycetemcomitans</i>, <i>Cardiobacterium hominis</i>, <i>Eikenella corrodens</i>, <i>Kingella spp.</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Enterococcus spp.</i>) identificados a partir de 2 (dos) muestras de sangre coincidentes extraídas en diferentes momentos con no más de 1 (un) día calendario entre muestras mediante cultivos u otro método microbiológico.</p> <p>f) Detección de <i>Coxiella burnetii</i> en cultivo de sangre u otro método microbiológico o títulos de anticuerpos IgG mayores a 1:800.</p>
	<p>Criterio 6 Al menos 1 (uno) de los siguientes hallazgos ecocardiográficos:</p> <p>a) Presencia de vegetación en válvula cardiaca o en estructuras de apoyo.</p> <p>b) Presencia de absceso intracardiaco observado en ecocardiograma.</p> <p>c) Evidencia de nueva dehiscencia parcial en válvula prostética.</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 3 (tres) de los siguientes:</p>



	<ul style="list-style-type: none"> d) Endocarditis previa, válvula prostética, enfermedad cardiaca congénita no corregida, historia de enfermedad reumática cardiaca, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva o uso de drogas intravenosas conocidas. e) Fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C) f) Fenómenos vasculares: embolia de arteria principal (derrame cerebral por embolia, infarto renal, infarto o absceso esplénico, isquemia digital /gangrena de fuente embólica), infarto pulmonar séptico, aneurisma micótico documentado por imágenes, observado en cirugía o descrito en examen macroscópico, hemorragia intracraneal, hemorragia conjuntival o lesiones de Janeway documentadas. g) Fenómenos inmunológicos: glomerulonefritis (documentada o presencia de glóbulos blancos o rojos en urinálisis), nódulos de Osler, manchas de Roth o factor reumatoideo positivo. h) Identificación de microorganismos en sangre al menos por 1 (uno) de los siguientes métodos: <ul style="list-style-type: none"> h.1) Microorganismo identificado en cultivo de sangre u otro método microbiológico. h.2) Mismo microorganismo comensal identificado a partir de 2 (dos) muestras de sangre coincidentes extraídas en diferentes momentos, el mismo día o en días consecutivos, mediante cultivos u otro método microbiológico.
	<p>Criterio 7 Todos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Endocarditis previa, válvula prostética, enfermedad cardiaca congénita no corregida, historia de enfermedad reumática cardiaca, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva o uso de drogas intravenosas conocidas. b) Fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C) c) Fenómenos vasculares: embolia de arteria principal (derrame cerebral por embolia, infarto renal, infarto o absceso esplénico, isquemia digital /gangrena de fuente embólica), infarto pulmonar séptico, aneurisma micótico (documentado por imágenes, observado en cirugía o descrito en examen macroscópico), hemorragia intracraneal, hemorragia conjuntival o lesiones de Janeway documentadas. d) Fenómenos inmunológicos: glomerulonefritis (documentada o presencia de glóbulos blancos o rojos en urinálisis), nódulos de Osler, manchas de Roth o factor reumatoideo positivo. e) Identificación de microorganismos en sangre por al menos 1 (uno) de los siguientes métodos:



	<p>e.1) Microorganismo identificado en cultivo de sangre u otro método microbiológico. e.2) Mismo microorganismo comensal identificado a partir de 2 (dos) muestras de sangre coincidentes extraídas en diferentes momentos, el mismo día o en días consecutivos, mediante cultivos u otro método microbiológico.</p>
<p>Mediastinitis</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p> 	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de tejido o líquido mediastinal u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 2 Evidencia de mediastinitis detectada en cirugía o por estudio histopatológico.</p>
	<p>Criterio 3 Paciente con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor torácico c) Inestabilidad esternal</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes criterios: d) Secreción purulenta en el área mediastinal e) Ensanchamiento del mediastino observado en la imagen radiológica</p>
	<p>Criterio 4 Paciente menor o igual 1 año con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C) b) Hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) c) Apnea d) Bradicardia e) Inestabilidad esternal</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes criterios: f) Secreción purulenta en área mediastinal g) Ensanchamiento del mediastino observado en la imagen radiológica</p>
<p>Infección vascular (arterial o venosa (excluye infecciones por dispositivo de acceso vascular con microorganismo identificado en sangre))</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de arterias o venas removidas durante una cirugía y cultivos de sangre negativos o que no haya desarrollado ningún microorganismo en los cultivos de sangre.</p>
	<p>Criterio 2 Evidencia de infección arterial o venosa detectada durante la cirugía o estudio histopatológico.</p>
	<p>Criterio 3 Paciente con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C)</p>



	<p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> b) Dolor c) Eritema d) Calor en el sitio vascular involucrado e) Hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) f) Apnea g) Bradicardia h) Letargia <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Cultivo con más de 15 unidades formadoras de colonias aisladas de la punta del catéter intravascular utilizando el método de cultivo semicuantitativo y cultivos de sangre negativos o que no haya desarrollado ningún microorganismo en los cultivos de sangre.</p>
	<p>Criterio 4 Secreción purulenta en el sitio vascular involucrado y cultivos de sangre negativos o que no haya desarrollado ningún microorganismo en los cultivos de sangre.</p>
	<p>Criterio 5 Paciente menor o igual 1 año con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C) b) Hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) c) Apnea d) Bradicardia e) Letargia f) Dolor g) Eritema h) Calor en el sitio vascular involucrado <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Cultivo con más de 15 unidades formadoras de colonias aisladas de la punta del catéter intravascular utilizando el método de cultivo semicuantitativo y cultivos de sangre negativos o que no haya desarrollado ningún microorganismo en los cultivos de sangre.</p>
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La mediastinitis acompañada de osteomielitis posterior a una cirugía cardíaca se notifica como infección del sitio quirúrgico en mediastino (mediastinitis y no como osteomielitis). 2. Las infecciones asociadas a injertos arteriovenosos, derivación o fistula o catéter intravascular con cultivos de sangre negativo se notifican como infección arterial o venosa. 3. Las infecciones vasculares con cultivo de sangre positivo y criterios de infección del torrente sanguíneo primaria se notifican como infección del torrente sanguíneo confirmada por laboratorio. Sin embargo, si ambas infecciones están presentes en el sitio de la fistula arteriovenosa, derivación arteriovenosa, acceso IV periférico o sin acceso a la línea central durante el periodo de ventana, se marca como factor de riesgo "línea central" si no hay pus en el sitio y cultivo positivo con al menos un microorganismo coincidente. 4. Notificar las infecciones vasculares de órgano/espacio como infección de sitio quirúrgico superficial y no como infección del torrente sanguíneo confirmada por laboratorio, cuando hay infección de sitio quirúrgico e infección del torrente sanguíneo secundario confirmada por laboratorio. 	



Infecciones oculares	
<p>Conjuntivitis</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de raspado conjuntival o exudado purulento de la conjuntiva o tejidos contiguos como párpados, corneas, glándulas de Meibomio y glándulas lacrimales obtenidos por técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Paciente con dolor o enrojecimiento de la conjuntiva o área periorbitaria</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Glóbulos blancos y microorganismos observados en el exudado por tinción de Gram b) Presencia de exudado purulento c) Presencia de células gigantes multinucleadas en exudado conjuntival o raspado observado en el examen microscópico d) Cultivo viral positivo en exudado o raspado conjuntival e) Títulos de anticuerpo (IgM) en rango diagnóstico o aumento de 4 (cuatro) veces en títulos séricos pareados (IgG) para un patógeno
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La conjuntivitis química por nitrato de plata (AgNO3) no se notifican como IAAS 2. No serán notificadas como conjuntivitis aquellas que se producen como parte de otra infección viral del tracto respiratorio superior (faringitis, laringitis, epiglotitis). 3. No serán notificadas como conjuntivitis aquellas que ocurren como parte de una infección viral diseminada (como sarampión, varicela). 	
<p>Endoftalmitis post cirugía de cataratas</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo detectado en cultivo del líquido de la cámara anterior o posterior del ojo o cuerpo vítreo obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Paciente deberá cumplir con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dolor ocular b) Visión borrosa c) Hipopion <p style="text-align: center;">Y</p> <p>El médico inicia terapia antimicrobiana dentro de 2 días posteriores al inicio o empeoramiento de los síntomas.</p>
Infección de oídos y mastoides	
<p>Otitis externa</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo del líquido o material purulento del oído obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Paciente con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas:</p>



	<p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor c) Enrojecimiento</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>d) Microorganismo identificado en la secreción purulenta observado en tinción de Gram</p>
<p>Otitis media</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo del líquido o material purulento del oído obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Paciente con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor c) Inflamación d) Retracción e) Disminución de la movilidad del tímpano o líquido detrás del tímpano</p>
<p>Otitis interna</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo del líquido o material purulento del oído obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Diagnóstico médico de infección en el oído interno</p>
<p>Mastoiditis</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo del líquido o tejido mastoideo obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Paciente deberá cumplir con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor e hipersensibilidad c) Inflamación del área post auricular d) Eritema del área e) Cefalea f) Parálisis flácida</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: g) Microorganismo identificado en líquido o tejido mastoideo observado en tinción de Gram h) Evidencia radiológica sugestiva de infección</p>



Infección de la cavidad oral (boca, lengua, encías)	
<p>Infección de la cavidad oral</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de material purulento o absceso en tejidos de la cavidad oral obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 2 Presencia de absceso u otra evidencia de infección en la cavidad oral detectada durante un procedimiento invasivo, examen clínico o estudio histopatológico.</p>
	<p>Criterio 3 Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ulceración b) Parches blancos elevados en la mucosa inflamada c) Placas en la mucosa oral <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> d) Microorganismo identificado en cultivo obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico e) Presencia de células gigantes multinucleadas en examen microscópico de raspado de mucosa o exudado f) Elementos fúngicos observados en el examen microscópico de raspado de la mucosa o exudado g) Médico inicia terapia antimicrobiana dentro de 2 días posteriores al inicio o empeoramiento de los síntomas
<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Las infecciones recurrentes por herpes no son IAAS. 2. La infección primaria por herpes simple se notifica como infección de la cavidad oral. 	

Infección nasal	
<p>Sinusitis</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p> 	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo del líquido o tejido de senos paranasales obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 2 Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor o hipersensibilidad sobre el seno afectado c) Dolor de cabeza d) Exudado purulento e) Obstrucción nasal <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> f) Transiluminación positiva g) Evidencia radiológica sugestiva de infección



Infecciones del Sistema Gastrointestinal	
<p>Infección por <i>Clostridioides difficile</i></p> <p>Paciente deberá cumplir al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Prueba positiva para toxina productora de <i>Clostridioides difficile</i> en muestra de heces líquidas (ajustadas a la forma del recipiente) o aislamiento de cepa productora de toxina detectada en coprocultivo (PCR)</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <p>a) Presencia de más de una deposición líquida en 12 horas</p> <p>b) Presencia de más de 3 (tres) deposiciones disgregadas o líquidas en 24 horas</p> <p>c) Megacolon tóxico sin otra etiología conocida</p> <hr/> <p>Criterio 2</p> <p>Paciente presenta colitis pseudomembranosa diagnosticada por endoscopia digestiva baja*, cirugía o por estudio histopatológico sin otra causa determinada</p> <p>*Solo como hallazgo en colonoscopia indicada por otra causa</p>
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para la fecha de infección se considera la fecha de toma muestra de heces (ajustada a la forma del recipiente) y no la fecha del inicio de evacuaciones 2. La prueba positiva para toxina productora de <i>Clostridioides difficile</i> y muestra de heces no formadas son criterios que deben cumplirse para este evento 3. Notificar infección por <i>Clostridioides difficile</i> y Gastroenteritis o Infecciones del tracto gastrointestinal, si se identifican microorganismos entéricos adicionales y se cumplen los criterios para Gastroenteritis o Infecciones del tracto gastrointestinal 4. Notificar cada episodio de infección por <i>Clostridioides difficile</i> en base a la regla de tiempo de infección repetida. 5. Infecciones identificadas por laboratorio (ej. Ensayo recurrente de infección por <i>Clostridioides difficile</i>, ensayo incidente de infección por <i>Clostridioides difficile</i>, inicio en centro de atención médica, inicio en la comunidad, inicio en la comunidad asociado al centro de atención médica), NO se aplica a las IAAS incluyendo infección gastrointestinal asociada a <i>Clostridioides difficile</i>. 	
<p>Infección Intraabdominal no especificada</p> <p>Paciente debe cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de absceso o material purulento del espacio intraabdominal obtenido durante cirugía o punción.</p> <hr/> <p>Criterio 2</p> <p>2a) Presencia de absceso u otra evidencia de infección intraabdominal detectada en cirugía o estudio histopatológico macroscópico.</p> <p>2b) Presencia de absceso u otra evidencia de infección intraabdominal detectada en cirugía o estudio histopatológico macroscópico</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de sangre u otro método microbiológico.</p> <p>Los microorganismos identificados en sangre deben contener al menos 1 (uno) de los siguientes: <i>Bacteroides spp.</i>, <i>Candida spp.</i>, <i>Clostridium spp.</i>, <i>Enterococcus spp.</i>, <i>Fusobacterium spp.</i>,</p>





	<p><i>Peptostreptococcus spp., Prevotella spp., Veillonella spp., o Enterobacterias.</i></p> <p>Criterio 3 Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Hipotensión c) Náuseas d) Vómitos e) Dolor o hipersensibilidad abdominal f) Ictericia g) Aumento de transaminasas</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: h) Microorganismos observados en tinción de Gram y/o detectados en líquido intraabdominal o tejido obtenido durante un procedimiento invasivo o por un drenaje colocado de forma aséptica en el espacio intraabdominal i) Microorganismo identificado en cultivo de sangre u otro método microbiológico y evidencia radiológica sugestiva de infección</p> <p>Los microorganismos detectados en sangre deben contener al menos 1 (uno) de los siguientes: <i>Bacteroides spp., Candida spp., Clostridium spp., Enterococcus spp., Fusobacterium spp., Peptostreptococcus spp., Prevotella spp., Veillonella spp., o Enterobacterias.</i></p>
	<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Las infecciones intraabdominales no especificadas incluyen vesícula y conductos biliares, hígado, bazo, páncreas, peritoneo, espacio retroperitoneal, subfrénico o subdiafragmático u otro tejido o área intraabdominal no especificado en otra parte. La dilatación del conducto biliar es un hallazgo equívoco de colangitis. Para el criterio 2: si se identifica un microorganismo en el examen histopatológico, la muestra de sangre debe contener un microorganismo compatible. No notificar pancreatitis a menos que sea de origen infeccioso (un síndrome inflamatorio caracterizado por dolor abdominal, náuseas, y vómitos asociados con niveles séricos elevados de enzimas pancreáticas). Para el aumento de transaminasas (suero glutámico oxaloacético (SGOT), transaminasa glutámico-pirúvica sérica (SGPT), alanina transaminasa (ALT) o aspartato transaminasa (AST)), deberá presentar aumento en al menos una de las enzimas según el rango normal proporcionado por el laboratorio.
<p>Gastroenteritis infecciosa (excluye infección por <i>Clostridioides difficile</i>)</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Paciente con inicio agudo de diarrea (heces líquidas por más de 12 horas) con o sin vómitos o fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) y ausencia de causas no infecciosas (pruebas diagnósticas, régimen terapéutico distinto de agentes antimicrobianos, exacerbación aguda de la condición crónica o información sobre estrés psicológico).</p> <p>Criterio 2 Paciente deberá cumplir con 2 (dos) o más deposiciones líquidas de inicio agudo y al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas:</p>



	<p>a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Nauseas c) Vómitos d) Dolor abdominal e) Cefalea</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: f) Microorganismo entérico identificado en cultivo de heces o hisopado rectal u otro método microbiológico. g) Detección de enteropatógenos en heces por examen microscópico o técnicas moleculares u otro método microbiológico. h) Detección de enteropatógeno identificado por cambios citopáticos en el coprocultivo.</p>
<p>Observaciones:</p> <p>1. La referencia a "enteropatógenos" describe patógenos que no se consideran flora normal del tracto intestinal. Los enteropatógenos identificados en cultivo o con el uso de otras pruebas diagnósticas de laboratorio incluyen: <i>Salmonella</i>, <i>Shigella</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>Listeria</i>, <i>Vibrio</i>, <i>Escherichia coli enteropatógena</i> o <i>enterohemorrágica</i> o <i>Giardia</i>.</p> <p>2. Notificar infección del tracto gastrointestinal usando la fecha del evento, si el paciente cumple con los criterios para Gastroenteritis infecciosa e Infección del tracto gastrointestinal.</p>	
<p>Infección del Tracto Gastrointestinal</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Presencia de absceso o evidencia de otra infección del tracto gastrointestinal observada durante cirugía o estudio histopatológico.</p> <p>Criterio 2 Paciente deberá cumplir con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Nauseas c) Vómitos d) Dolor o hipersensibilidad e) Odinofagia f) Disfagia</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: g) Microorganismo identificado en cultivo de secreciones o tejidos obtenidos durante cirugía, endoscopia o colocación de drenaje en forma aséptica u otro método microbiológico. h) Microorganismos observados en tinción Gram o elementos fúngicos detectados con hidróxido de potasio (KOH) o células gigantes multinucleadas observadas en examen microscópico obtenidos de secreciones o tejidos durante cirugía, endoscopia o colocación de drenaje en forma aséptica. i) Microorganismo identificado en cultivo de sangre u otro método microbiológico. j) Evidencia radiológica sugestiva de infección gastrointestinal.</p>



	k) Evidencia de hallazgos patológicos detectados por endoscopia.
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Incluye esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso y recto; excluye gastroenteritis, apendicitis e infección por <i>Clostridioides difficile</i>. Notificar infección del tracto gastrointestinal usando la fecha del evento, si el paciente cumple con los criterios para Gastroenteritis infecciosa e Infección del tracto gastrointestinal. En pacientes mayores de 1 (un) año, la neumatosis intestinal se considera un hallazgo de imagen equivoco para infección del tracto gastrointestinal. 	
 <p>Enterocolitis necrotizante (ECN) en niños</p> <p>Paciente deberá cumplir al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Paciente menor o igual a 1 año con al menos 1(uno) de los siguientes signos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aspirado biliar (se excluye este signo si procede del tubo nasogástrico) Vómitos Distensión abdominal Sangre oculta o franca en heces (sin fisura anal) <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes hallazgos radiológicos correlacionados con la clínica:</p> <ol style="list-style-type: none"> Neumatosis intestinal Gas en vena porta (gas hepatobiliar) Neumoperitoneo
	<p>Criterio 2</p> <p>ECN quirúrgica: Paciente menor o igual a 1 año con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios quirúrgicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evidencia quirúrgica de necrosis intestinal extensa (más de 2 cm de intestino afectado). Evidencia quirúrgica de neumatosis intestinal con o sin perforación intestinal.
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Como la enterocolitis necrotizante incluye tanto cultivo de sitio específico como hemocultivo, tenemos una excepción para bacteriemia secundaria a enterocolitis necrotizante. La infección del torrente sanguíneo es secundaria a enterocolitis necrotizante si el paciente cumple con uno de los dos criterios y tiene cultivo de sangre positivo durante el periodo de infección del torrente sanguíneo secundario con microorganismo detectado para infección del torrente sanguíneo primaria o el mismo microorganismo comensal es identificado en dos o más cultivos de sangre en diferentes momentos (el mismo día o días consecutivos). La neumatosis intestinal, como criterio único, se considera un hallazgo de imagen abdominal equivoco para la enterocolitis necrosante. Los criterios para la enterocolitis necrotizante no se aplicarán en niños mayores de 1 año. 	

Infecciones del Tracto Respiratorio Inferior	
<p>Bronquitis, Bronquiolitis, Traqueobronquitis,</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Paciente sin evidencia clínica o radiológica de neumonía con dos (2) de los siguientes signos y síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) Tos Inicio o aumento de secreciones



<p>Traqueítis (no incluye neumonía)</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>d) Roncus e) Sibilancias</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: f) Microorganismo identificado en cultivo de material obtenido por aspirado traqueal profundo o broncoscopia. g) Prueba de antígeno positivo en secreciones respiratorias.</p> <p>Criterio 2 Paciente menor o igual a un (1) año sin evidencia clínica o radiológica de neumonía y al menos dos (2) de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Tos c) Inicio o aumento de secreciones d) Roncus e) Sibilancias f) Dificultad respiratoria g) Apnea h) Bradicardia</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: i) Microorganismo identificado en cultivo de material obtenido por aspirado traqueal profundo o broncoscopia. j) Prueba de antígeno positivo en secreciones respiratorias. k) Título diagnóstico de IgM o aumento de 4 (cuatro) veces de IgG pareada.</p>
<p>Observaciones: La bronquitis crónica en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), no se debe notificar como bronquitis, a menos que exista evidencia de infección secundaria aguda manifestada por cambio de los microorganismos.</p>	
<p>Otras infecciones del tracto respiratorio inferior y cavidad pleural</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo observado en el tejido pulmonar o líquido pleural mediante tinción Gram</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de tejido pulmonar o líquido pleural obtenido durante la toracocentesis o dentro de las 24 horas posteriores a la colocación del tubo torácico u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Presencia de absceso u otra evidencia de infección pulmonar (empiema) detectado al examen físico o estudio histopatológico.</p> <p>Criterio 3 Imagen radiológica de pulmón que evidencia absceso cavitado (se excluye imagen radiológica de neumonía).</p>
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Si el paciente cumple con criterios para otra infección del tracto respiratorio inferior y neumonía, se notifica como neumonía; a menos que sea una infección por órgano espacio (pulmón) que se notificará como infección de sitio quirúrgico. Si se obtiene una muestra de líquido pleural después de reposicionar un tubo torácico después de 24 horas, esta muestra de líquido pleural no es elegible para criterio 1. 	



<p>Infección del Tracto Respiratorio Superior (faringitis, laringitis, epiglotitis)</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Eritema faríngeo c) Dolor de garganta d) Tos e) Ronquera f) Taquipnea g) Secreción nasal h) Exudado purulento en la garganta</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: i) Microorganismo identificado en cultivo de faringe, laringe o epiglotis obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico. j) Diagnóstico médico de infección del tracto respiratorio superior.</p> <p>Criterio 2 Presencia de absceso observado en el examen clínico o histopatológico o imagen radiológica.</p> <p>Criterio 3 Paciente menor o igual a 1 (un) año deberá cumplir con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) b) Apnea c) Bradicardia d) Secreción nasal e) Exudado purulento en la garganta</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: f) Microorganismo identificado en cultivo de faringe, laringe o epiglotis obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico g) Diagnóstico médico de infección del tracto respiratorio superior</p>
<p>Infección por SARS-Cov-2 (Covid-19)</p> <p>Paciente hospitalizado por 7 días o más que cumpla con 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Paciente con inicio agudo de fiebre y tos</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>Paciente con inicio agudo de 3 (tres) o más de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Tos c) Debilidad general/fatiga d) Cefalea e) Mialgia f) Dolor de garganta g) Rinorrea h) Falta de aire (dificultad respiratoria) o disnea i) Anorexia, náuseas, vómitos</p>



	j) Evacuaciones diarreas k) Alteración del estado mental <p style="text-align: center;">Y</p> Prueba PCR para SARS-CoV-2 detectado o prueba de antígeno positiva.
	Criterio 2 Paciente asintomático con prueba PCR para SARS-CoV-2 detectado o prueba de antígeno positiva.
	Criterio 3 Paciente con inicio repentino de anosmia (pérdida de olfato) o ageusia (pérdida del gusto) sin otra causa identificada, acompañado o no de otros signos o síntomas <p style="text-align: center;">Y</p> Prueba PCR para SARS-CoV-2 detectado o prueba de antígeno positiva



Infecciones del Tracto Reproductor	
Endometritis puerperal Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:	Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de líquido (incluyendo líquido amniótico) o tejido endometrial obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.
	Criterio 2 Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Dolor o hipersensibilidad uterina o abdominal c) Drenaje purulento del útero
Observaciones: 1. No notificar corioamnionitis nosocomial como endometritis puerperal 2. No notificar endometritis post parto vaginal como una IAAS, si la paciente fue admitida como corioamnionitis. 3. Notificar como infección de sitio quirúrgico de órgano/espacio cuando a una paciente con corioamnionitis se le realiza una sección C y desarrolla endometritis.	
Infección de la Episiotomía Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:	Criterio 1 Paciente que después del parto vaginal tiene drenaje purulento de la episiotomía.
	Criterio 2 Paciente que después del parto vaginal tiene un absceso por la episiotomía.
Observación: La episiotomía no se considera un procedimiento quirúrgico.	
Infección de la cúpula vaginal post histerectomía Paciente deberá cumplir	Criterio 1 Paciente post histerectomía con secreción purulenta por la cúpula vaginal observada al examen físico.
	Criterio 2 Paciente post histerectomía con absceso u otra evidencia de infección en la cúpula vaginal observado al examen físico.



<p>con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 3 Paciente post histerectomía con microorganismo identificado en cultivo de fluidos o tejido de la cúpula vaginal u otro método microbiológico.</p>
<p>Observación: Notificar infección de la cúpula vaginal como infección de sitio quirúrgico</p>	
<p>Infección del tejido pélvico profundo u</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de tejido o líquido del sitio afectado (excluyendo orina e hisopos vaginales) obtenido por técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
<p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 2 Presencia de absceso u otra evidencia de infección en el sitio afectado detectado durante cirugía o estudio histopatológico.</p>
<p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 3 Paciente deberá cumplir con 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Nauseas c) Vómitos d) Dolor o hipersensibilidad en el área pélvica e) Disuria <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> f) Microorganismo identificado en cultivo de sangre u otro método microbiológico. g) Inicio de terapia antimicrobiana dentro de los 2 días del inicio o empeoramiento de los síntomas.
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Otra infección del aparato reproductor femenino o masculino (epidídimo, testículos, próstata, vagina, ovarios, útero) incluyendo corioamnionitis, pero excluyendo vaginitis, endometritis e infección de la cúpula vaginal. Paciente con epididimitis, prostatitis u orquitis que cumple los criterios de infección del tracto reproductor masculino y también los criterios de infección del tracto urinario, se reporta solamente la infección del tracto urinario a menos que la infección del tracto reproductor masculino sea una infección de órgano/espacio en sitio quirúrgico en donde se reporta como infección del tracto reproductor masculino. 	



Infección de la Piel y Tejidos Blandos	
<p>Mastitis o absceso después de un procedimiento mamario</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Microorganismo identificado en cultivo de tejido mamario afectado o líquido obtenido mediante un procedimiento invasivo con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p> <p>Criterio 2 Presencia de absceso mamario u otra evidencia de infección en la mama detectada durante cirugía o estudio histopatológico.</p> <p>Criterio 3 Paciente presenta los siguientes signos o síntomas: a) Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) b) Inflamación local de la mama</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>El inicio de terapia antimicrobiana dentro de los 7 días posteriores al inicio o empeoramiento de los síntomas.</p>
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para infección de sitio quirúrgico después de un procedimiento mamario: si la infección es en área subcutánea se notifica como infección de sitio quirúrgico superficial, y si la infección afecta músculo y fascia se notifica como infección de sitio quirúrgico profundo. 2. El criterio 3 no puede cumplir con los criterios de infección de sitio quirúrgico que comprometa órgano-espacio. 	
<p>Quemaduras infectadas</p> <p>Paciente deberá cumplir con el siguiente criterio:</p>	<p>Criterio 1 Cambios en la apariencia de la quemadura (como rápida separación de las escaras u oscurecimiento, cambio en la coloración de la escara a marrón, negro o violáceo)</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de sangre obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de QUEMADURA en el contexto de una quemadura infectada cubierta con un injerto o vendaje temporal. 2. En el caso de un injerto de piel permanente (autoinjerto) sobre una herida por quemadura, utilice los criterios para infección de la piel y/o tejido subcutáneo 3. La presencia aislada de purulencia en la quemadura no es adecuada para el diagnóstico de quemadura infectada. 4. La fiebre aislada en la quemadura no es suficiente para el diagnóstico de quemadura infectada 	
<p>Infección por Úlcera de decúbito o por presión incluidas las infecciones superficiales y profundas</p> <p>Paciente deberá cumplir con el siguiente criterio:</p>	<p>Criterio 1 Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos y síntomas: a) Eritema b) Hipersensibilidad c) Engrosamiento de los bordes de la úlcera</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de la secreción por aspiración de aguja o biopsia de tejido de los bordes de la úlcera obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>



<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El drenaje purulento solo no es suficiente como evidencia de infección. 2. El cultivo de microorganismo de la superficie de la escara de decúbito NO es suficiente como evidencia de escara infectada. 3. Una correcta toma de muestra involucra aspiración de fluido o biopsia del tejido del margen de la escara. 	
<p>Infección de la Piel y/o Tejido subcutáneo</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p> 	<p>Criterio 1</p> <p>Paciente con al menos 1 (uno) de los siguientes signos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Secreción purulenta b) Pústulas c) Vesículas d) Forúnculos (excepto el acné)
	<p>Criterio 2</p> <p>Paciente con al menos 2 (dos) de los siguientes signos o síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Dolor o hipersensibilidad en el área b) Inflamación c) Eritema d) Calor local <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> e) Microorganismo identificado en cultivo de aspirado o drenaje del sitio afectado obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico. Si los microorganismos son flora normal de la piel (comensales comunes) que incluyen: difteroides (<i>Corynebacterium spp. no C. diphtheria</i>), <i>Bacillus spp. (excepto B. anthracis)</i>, <i>Propionibacterium spp.</i>, <i>Stafilococos coagulasa negativo (incluyendo S. epidermidis)</i>, <i>Streptococos del grupo viridans</i>, <i>Aerococcus spp.</i>, <i>Micrococcus spp</i> y <i>Rhodococcus spp.</i>, debe ser aislado un solo microorganismo. f) Células gigantes multinucleadas observadas por examen microscópico en el tejido. g) Título de anticuerpos (IgM) en rango diagnóstico o aumento de 4 veces en suero pareado (IgG)
<p>Observaciones:</p> <p>Las infecciones superficiales después de una cirugía son identificadas en forma separada como infección superficial (piel) a menos que el procedimiento quirúrgico sea una cirugía de revascularización utilizando venas obtenidas de otros sitios. Si la incisión del tórax después de este tipo de cirugía se infecta, se definirá como una infección de la piel del tórax. Si el sitio donante es el infectado se reporta como infección de la piel del sitio donante.</p>	
<p>Infección de tejidos blandos (músculo y/o fascia)</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Microorganismo identificado en cultivo de tejido o drenaje del sitio afectado obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 2</p> <p>Secreción purulenta en sitio afectado</p>
	<p>Criterio 3</p> <p>Presencia de absceso u otra evidencia de infección detectada durante la cirugía o estudio histopatológico.</p>
<p>Observaciones:</p>	



<p>La infección de tejidos blandos afecta músculo y/o fascia: fascitis necrotizante, gangrena infecciosa, celulitis necrotizante, miositis infecciosa, linfadenitis, linfangitis o parotiditis. Se excluyen: úlceras por decúbito, quemaduras e infecciones en sitios de acceso vascular).</p>	
<p>Infección post circuncisión en neonatos</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Recién nacido con secreción purulenta en el sitio de la circuncisión.</p>
	<p>Criterio 2 Recién nacido con al menos 1 (uno) de los siguientes signos y síntomas: a) Eritema b) Hinchazón c) Hipersensibilidad</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Microorganismo identificado en el sitio de la circuncisión mediante cultivo u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 3 Recién nacido con al menos 1 (uno) de los siguientes signos: a) Eritema b) Hinchazón c) Hipersensibilidad</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Microorganismo comensal identificado en el sitio de la circuncisión mediante cultivo u otro método microbiológico</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>El inicio de terapia antimicrobiana dentro de los 2 días posteriores al inicio o empeoramiento de los síntomas.</p>
<p>Onfalitis</p> <p>Paciente deberá cumplir con al menos 1 (uno) de los siguientes criterios:</p>	<p>Criterio 1 Paciente menor o igual a 30 días de nacido con eritema o secreción por el ombligo</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Al menos 1 (uno) de los siguientes: a) Microorganismo identificado en cultivo de secreción o aspirado de aguja en el sitio afectado obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico. b) Microorganismo identificado en cultivo de sangre obtenido con técnica aséptica u otro método microbiológico.</p>
	<p>Criterio 2 Paciente menor o igual a 30 días de nacido con eritema</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Secreción purulenta por el ombligo</p>
<p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Notificar la infección de la arteria o vena umbilical relacionada con el cateterismo umbilical como infección arteria o venosa si no se identifica un microorganismo acompañante en la muestra de sangre. Sin embargo, se notifica como infección del torrente sanguíneo si cumple con los criterios. 2. Notificar la onfalitis como IAAS si ocurre en un recién nacido dentro de los 7 días post egreso. 	



Listado de intervenciones quirúrgicas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (9ª revisión)

Cirugías Limpias	Cirugías Limpias Contaminadas
Angioplastia coronaria transluminal percutánea con trombolítico	Amigdalectomía con adenoidectomía
Angioplastia de arteria coronaria con tórax abierto	Amigdalectomía sin adenoidectomía
Arteriovenostomía para diálisis renal	Amputación de pene
Artrodesis de otra articulación	Antrotomía maxilar externa
Artrodesis de pie y tobillo	Apendicectomía
Artrodesis vertebral	Aplicación de dispositivo ortodóntico
Artroplastia de pie y dedo de pie	Biopsia faríngea
Artroplastia de rodilla y tobillo	Cesárea con bolsa rota
Artroscopia	Cesárea con diabetes mellitus
Biopsia cerebral	Cesárea con monitorización interna
Biopsia del corazón	Cesárea con monitorización interna y bolsa rota
Biopsia de esófago cerrada (endoscópica)	Cesárea con monitorización interna y diabetes mellitus
Biopsia de estructura de la articulación	Cierre de fístula de diafragma
Biopsia de hueso	Cistoscopia (cálculos)
Biopsia de pared abdominal u ombligo	Cistoureteroplastia y reparación plástica de cuello de vejiga
Biopsia de pene	Colecistectomía
Biopsia del pericardio	Coledocoenterostomía
Biopsia percutánea de vesículas seminales	Colocación de prótesis externa de pene
Biopsia transuretral de vejiga	Corpectomía
Biopsia de uréter	Corrección de unión ureteropélvica
Biopsia de uretra	Derivación urinaria a intestino
Bursectomía	Dilatación de cuello de vejiga
Cardiotomía y pericardiotomía	Dilatación de uretra
Cateterismo arterial	Dilatación y manipulación quirúrgica
Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón	Disección radical de cuello, no especificada de otra manera
Cateterismo cardiaco del lado derecho del corazón	Drenaje interno de quiste pancreático
Cateterismo cardiaco del lado izquierdo y derecho del corazón	Enterotomía
Cateterismo ureteral	Escisión de lesión o de tejido de encía (gingivectomía)
Cateterismo de vena umbilical	Escisión local de divertículo esofágico
Cesárea clásica	Escisión local o destrucción de lesión o tejido de intestino delgado
Circuncisión	Escisión local o eliminación de lesión pancreática
Colocación o sustitución de neuro estimulador espinal	Escisión local o destrucción de lesión o tejido bronquial



Conización de cuello uterino	Escisión local o destrucción de lesión de pene
Corrección quirúrgica de pabellón auricular prominente	Escisión o destrucción de lesión o tejido de lengua
Corrección total o transposición de grandes vasos	Escisión o destrucción abierta de otra lesión o tejido de vejiga
Craneoplastia	Escisión o destrucción de tejido o lesión uretral
Craneotomía por aneurisma intracraneal	Esfinterotomía sobre vejiga
Craneotomía y craniectomía (Trepano, hematoma extradural)	Esofagectomía sin especificar
Derivación aorta-iliaca-femoral	Esofagectomía parcial
Derivación porto cava	Esofagectomía total
Derivación LCR ventrículo-peritoneal	Exenteración de la órbita con extirpación de estructuras adyacentes (tumor órbita y retro órbita)
Derivación ventricular extracraneal	Exéresis amplia de lesión de labio
Destrucción de lesión de retina y coroides	Exploración de la vía biliar principal para extracción de cálculo
Desviación venosa intrabdominal	Extracción de coágulos de la vejiga
Dilatación del esófago	Extracción de cuerpo extraño intrabdominal
Dilatación y legrado uterino	Extracción y restauración de dientes
Disección radical de ingle (linfadenectomía inguinal)	Fragmentación por ultrasonidos de cálculos urinarios
División de músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial	Gastrectomía parcial con anastomosis al esófago
Eliminación de obstrucción de arteria coronaria	Gastrectomía parcial con anastomosis al duodeno (Billroth 1)
Endarterectomía	Gastrectomía parcial con anastomosis al yeyuno (Billroth 2)
Enucleación del globo	Gastrectomía total
Epididimectomía	Gastropexia
Escisión de la lesión de la médula espinal o de meninges espinales	Gastrostomía
Escisión de lesión de músculo, tendón y fascia de mano (ganglión)	Gastrostomía temporal
Escisión o destrucción de disco intervertebral	Gastrostomía permanente
Esplenectomía parcial	Gingivoplastia
Esplenectomía total	Glosectomía parcial
Estapedectomía	Glosectomía total
Eventrorafia	Hemilaringectomía
Evisceración de globo	Hepatectomía parcial, en cuña
Escisión de bursitis y hallux valgus	Histerectomía abdominal radical
Escisión de lesión o tejido de glándula lagrimal	Histerectomía subtotal abdominal
Escisión de neurinoma	Ileostomía



Escisión de nódulo linfático cervical profundo	Implante dental protésico
Escisión de nódulo linfático axilar	Incisión de vía biliar para alivio de obstrucción
Escisión de nódulo linfático inguinal	Incisión y drenaje de amígdala y estructuras periamigdalinas
Escisión de pterigión	Inserción de catéter intercostal para drenaje
Escisión de quiste en ovario	Inserción de prótesis testicular
Escisión de uraco	Inserción o sustitución de prótesis de pene inflable
Escisión de varicocele e hidrocele de cordón espermático	Inyección o ligadura de várices esofágicas
Escisión local o extirpación de lesión de nariz	Laringectomía radical
Escisión o destrucción de lesión o tejido del párpado	Laringectomía total
Escisión o destrucción de lesión de oído externo	Liberación de estenosis uretral
Escisión o eliminación del tejido de la mama	Litotripsia de onda de choque extracorpórea (ESWL)
Escisión radical de lesión cutánea	Lobectomía de hígado
Escisión radical de nódulos linfáticos axilares	Lobectomía del pulmón
Escisión simple de estructura linfática	Mandibulectomía parcial
Extirpación de embarazo ectópico intraligamentario	Manipulación intestinal. Detorsión resolución válvula y brida
Extracción de dispositivo de fijación interna	Marsupialización de quiste pancreático
Extracción de riñón trasplantado o rechazado	Mastoidectomía
Extracción intracapsular del cristalino	Meatotomía ureteral
Extracción sin incisión de cuerpo extraño intraluminal del aparato digestivo	Nefrolitotomía percutánea sin fragmentación
Hemodiálisis	Nefrolitotomía percutánea con fragmentación (ultrasónica)
Hipofisectomía	Neumonectomía total
Implante coclear	Operación de reparación y plástica sobre pene (Nebitt)
Implantación de neuro estimulador intracraneal	Operación plástica sobre faringe
Implantación o colocación de dispositivo de miembro protésico	Operaciones sobre diafragma
Incisión, división y escisión de nervios craneales y periféricos	Operaciones reconstructivas sobre el oído medio
Incisión y escisión de estructuras de la articulación	Osteotomía parcial de otro hueso facial (maxilectomía)
Incisión, escisión y oclusión de vasos	Otra anastomosis o desviación de uréter
Injerto cutáneo libre	Otra exéresis de boca (suelo boca)



Injerto de pedículos o colgajos	Otra recesión parcial de intestino delgado, resección de íleon
Injerto óseo del cráneo	Otra reparación de hueso facial y cirugía ortognática
Inseminación artificial	Palatoplastia
Inserción de catéter urinario permanente	Pancreatectomía parcial
Inserción de cristalino protésico (pseudocristalino)	Pancreatectomía total
Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino	Pancreaticoduodenectomía radical
Inserción de sistema de marcapasos cardiaco	Piloroplastia
Iridoplastia y coreoplastia	Pleurectomía
Iridotomía e iridectomía simple	Prostatectomía retropúbica
Inyección de teflón periuretral	Prostatectomía transuretral (RTU)
Inyección en nervio o ganglio simpático	Reconstrucción de vejiga urinaria
Laminectomía	Reducción de fractura facial (órbita, maxilar y mandibular)
Laparoscopia	Reimplante de pene
Laparotomía	Reparación de extrofia de vejiga
Legrado por aspiración de útero	Reparación de glándula o conducto salivar
Liberación del túnel carpiano	Reparación de hernia diafragmática, acceso abdominal
Ligadura y extirpación de venas varicosas	Reparación de hígado
Lisis de adherencias de ovario y trompa de Falopio	Reparación de hipospadias o epispadias
Lobectomía tiroidea unilateral	Reparación de pared torácica
Mastectomía	Reparación de uretra (Uretroplastia)
Mastectomía radical unilateral	Reparación de uréter, colocación pig tail
Mastectomía simple extendida unilateral	Reparación plástica de la boca
Miomectomía	Reparación y plastia sobre tráquea
Miringoplastia	Resección segmentaria del pulmón
Nefrectomía parcial	Sialoadenectomía o parotidectomía
Nefrectomía total	Sustitución de tubo de nefrostomía
Nefrostomía	Sutura del lecho de úlcera gástrica o duodenal (ulcerorrafia)
Nervios craneales o periféricos por radio frecuencia o neurolíticos	Sutura de lesión hepática
Oclusión endoscópica ligaduras de trompas	Traqueostomía temporal
Ooforectomía bilateral	Trasplante de hígado
Ooforectomía unilateral	Trasplante de pulmón
Operación plástica de reducción de tamaño	Ureteroileostomía cutánea
Operación plástica sobre mano con injerto o implante	Ureterectomía
Operaciones sobre el cuerpo vítreo	Ureteroscopia (cálculos)
Operaciones sobre glomus carotídeo y otros glomus vasculares	Ureterostomía



Operación sobre músculos extraoculares	Uretrotomía
Operaciones sobre vulva y perineo (perineorrafia)	Vagotomía
Operaciones y reparación y cirugía plástica sobre la nariz	Cirugías Limpias Contaminadas o Sucias dependiendo de los hallazgos intraoperatorios
Orquidopexia	Escisión local o destrucción de lesión o tejido pulmonar
Orquiectomía unilateral	Escisión o destrucción de lesión o tejido faríngeo
Otra derivación o desviación vascular (periférica)	Escisión o destrucción de lesión o tejido de la lengua
Otras incisiones cerebrales (hematoma intracerebral)	
Otra revisión de procedimiento vascular, trombectomía y embolectomía	
Otras operaciones sobre el pene (irrigación de cuerpo cavernoso)	
Otro cambio de longitud de hueso (acortamiento, alargamiento)	
Otro cateterismo venoso	
Paratiroidectomía	
Pericardiectomía y escisión de lesión del corazón	
Pericardiocentesis	
Plicatura de vena cava	
Pontaje aortocoronario para revascularización cardíaca	
Procedimientos diagnósticos sobre cordón espermático, epidídimo y conducto deferente	
Procedimientos diagnósticos sobre cuello uterino	
Procedimientos diagnósticos sobre escroto y túnica vaginal	
Procedimientos diagnósticos sobre esófago	
Procedimientos diagnósticos sobre hígado	
Procedimientos diagnósticos sobre el intestino delgado	
Procedimientos diagnósticos sobre mamas	
Procedimientos diagnósticos sobre ovarios	
Procedimientos diagnósticos sobre pared torácica, pleura, mediastino y diafragma	
Procedimientos diagnósticos sobre el pene	
Procedimientos diagnósticos sobre piel y tejido subcutáneo	
Procedimientos diagnósticos sobre próstata y vesículas seminales	



Procedimientos diagnósticos sobre pulmón y bronquios
Procedimiento diagnóstico quiste pancreático
Procedimientos diagnósticos sobre riñón (biopsia)
Procedimientos diagnósticos sobre uretra
Procedimientos diagnósticos sobre útero y estructuras de soporte
Procedimientos diagnósticos sobre vagina y fondo de saco
Procedimientos diagnósticos sobre vulva
Quistectomía ovario
Reconstrucción del conducto auditivo externo
Reconstrucción de músculo y tendón
Reconstrucción de párpado con colgajo o injerto de piel
Reconstrucción total de mama
Reducción abierta de fractura con fijación externa
Reducción abierta de fractura sin fijación externa
Reducción abierta de luxación
Reducción cerrada de fractura y luxación con fijación interna
Reducción cerrada de fractura y luxación sin fijación interna
Reducción cerrada de luxación
Reducción de fractura nasal
Reducción de torsión testicular o cordón espermático
Reparación de cistocele y rectocele (colporrafía, cistopexia, burch)
Reparación del corazón y pericardio
Reparación de cordón espermático y epidídimo
Reparación de córnea
Reparación de desgarro retinal
Reparación de desprendimiento retinal con indentación escleral
Reparación de entropión o ectropión
Reparación de escroto y túnica vaginal
Reparación de fractura vertebral
Reparación de fístula arteriovenosa
Reparación de hernia umbilical
Reparación unilateral de hernia inguinal
Reparación bilateral de hernia inguinal



Reparación unilateral de hernia femoral
Reparación bilateral de hernia femoral
Reparación de lesión del globo y de órbita
Reparación de meningocele espinal
Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior con injerto o prótesis
Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior (sin injerto ni prótesis)
Reparación de tabiques atrial y ventricular con prótesis
Reparación de tabiques atrial y ventricular con injerto de tejido
Reparación de trompa de Falopio (plastia tubárica)
Reparación de vaso sanguíneo con injerto de parche sintético
Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total
Reparación total de ciertas anomalías cardíacas congénitas
Reparación total de Tetralogía de Fallot
Reparación total de tronco arterioso
Reparación unilateral de hernia inguinal
Resección con sustitución de aorta abdominal
Revascularización cardíaca por implantación arterial
Revisión de desviación arteriovenosa para diálisis renal
Salpingectomía bilateral total
Salpingectomía unilateral total
Salpingooforectomía bilateral
Salpingooforectomía unilateral
Simpatectomía
Simpatectomía peri arterial
Sinovectomía
Suprarrenalectomía bilateral
Suprarrenalectomía parcial
Sustitución de catéter urinario permanente
Sustitución total de cadera
Sutura de músculo, tendón y fascia de mano
Sutura de nervios craneales y periféricos
Timectomía
Tiroidectomía total
Toracocentesis
Toracotomía exploradora
Trasplante de corazón



Trasplante de córnea
Trasplante de médula ósea
Trasplante de riñón
Tumor cerebral
Uretroscopía perineal
Valvulotomía cardíaca abierta sin sustitución valvular
Valvulotomía cardíaca abierta de válvulas aórtica, mitral, pulmonar, tricúspide sin sustitución
Valvulotomía cardíaca cerrada (válvulas aórtica, mitral, pulmonar)
Vasectomía y ligadura de conducto deferente
Cirugías Limpias o Sucias dependiendo de los hallazgos intraoperatorios
Incisión de mediastino (mediastinitis)
Sustitución de válvula cardíaca sin especificar
Otra sustitución de válvula aórtica, mitral, pulmonar o tricúspide
Sustitución, revisión y eliminación de marcapaso cardíaco



Procedimientos quirúrgicos y tiempos estimados según la Red Nacional de Seguridad en el Cuidado de la Salud (NHSN-National Healthcare Safety Network)

CIRUGIAS CARDIOVASCULARES		
Punto de Corte (horas)	Descripción	Especificaciones
5	Cirugía cardíaca congénita	Tetralogía de Fallot, Ductus, CIA, CIV, etc.
	Comisurotomía, plástica	Comisurotomía, plástica
	Cirugía cardíaca – cambio de válvula	Cambio de válvula
	Cirugía cardíaca sin especificar	Otras cirugías cardíacas sin especificar
	Bypass arteria coronaria: puente mamario / puente safena	Revascularización miocárdica: puente mamario / puente safena
	Bypass arteria coronaria: segunda revascularización	Segunda revascularización miocárdica
	Bypass arteria coronaria sin especificar	Otros bypass arteria coronaria sin especificar
2	Cirugía cardiovascular sin especificar	Otros procedimientos quirúrgicos en sistemas cardiovasculares sin especificar



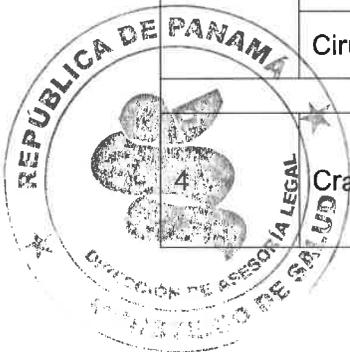
3	Cirugía vascular	Safenectomía, Varicectomía, Ligadura de vasos periféricos y centrales Trombo endarterectomía de vasos periféricos y centrales No incluye Bypass de vasos periféricos y centrales Otras cirugías de vasos excepto cerebrales Confección de fistulas arteriovenosas Desconexión azigo-portal
	Aneurisma aórtico	Reparación de aneurisma aórtico
	Endarterectomía carótida	Endarterectomía carótida
	Bypass periférico vascular	Bypass periférico vascular
1	Shunt para diálisis	Shunt para diálisis
	Inserción de marcapasos	Inserción de marcapasos
CIRUGIAS GASTROENTEROLÓGICAS		
2	Cirugía Gastrointestinal	Esofagostomía, Esofagorrafia, Esofagectomía parcial o total, Esófago gastrectomía, Ligadura de várices intraesofágicas, Corrección cirugía de reflujo gastroesofágico, Herniorrafia diafragmática (hiatal)
3	Cirugía gástrica	Gastrorrafia, Píloroplastia, Vagotomía, Gastrectomía total o parcial, Otras cirugías de estómago
1	Apendicectomía	Extracción del apéndice (no incidental u otro procedimiento quirúrgico)
2	Colecistectomía	Remoción de vesícula biliar incluyendo procedimientos realizados por laparoscopia
3	Esplenectomía	Escisión parcial o total del bazo. Otras cirugías del bazo
5	Cirugía pancreática, vías biliares e hígado	Coledocoplastia, Anastomosis de conductos biliares, Anastomosis bilio digestiva, Papilotomía, Hepatorrafia, Hepatectomía parcial (con o sin drenaje), Pancreatoduodectomía, Pancreatectomía, Otras cirugías de vesícula (excepto colecistectomía), vías biliares, hígado y páncreas
	Cirugía del intestino delgado	Duodenorrafia, Enterorrafia, Enterectomía, Reducción de cirugía valvular o invaginación, Otras cirugías del intestino delgado no incluyendo anastomosis entre intestino delgado y grueso



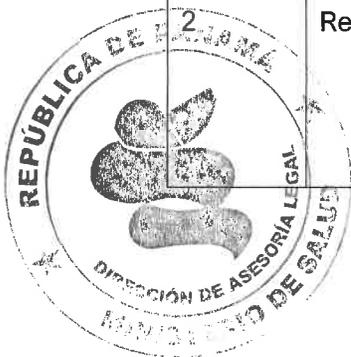
2	Herniorrafía	Herniorrafía epigástrica, umbilical, inguinal, incisional, con implante de prótesis no incluyendo reparación de la hernia diafragmática o hiatal, o hernias en otros sectores del cuerpo
3	Cirugía de colon	Colorrafía, Cierre de colostomía parcial y total, Anastomosis abdomino-peritoneal de colon, Reducción de vólvulo intestinal, Sigmoidectomía, Otras cirugías de colon y sigmoides incluyendo anastomosis del intestino delgado a grueso y del grueso al delgado No incluye cirugías del recto
3	Cirugía rectal	Fijación del recto al promontorio, Corrección de ausencia de recto u otras malformaciones congénitas, Hemorroidectomía, Otras cirugías del recto y ano
2	Laparotomía	Laparotomía exploradora, Drenaje de absceso subfrénico, Resección de tumor mesentérico, Debridación de adherencias, Otras cirugías de cavidad abdominal
CIRUGIAS GENITOURINARIAS		
2	Histerectomía abdominal	Histerectomía abdominal
2	Histerectomía vaginal	Histerectomía vaginal
4	Prostatectomía	Prostatectomía suprapúbica
2	Resección transuretral de próstata	Resección transuretral de próstata
4	Nefrectomía	Nefrectomía parcial y total
2	Cirugía renal	Nefrolitotomía, Pielocitotomía, Pieloplastía, Otras cirugías de riñón, Corrección de fistulas renal uretral, Ureterolitotomía, Ureteroplastía, Otras cirugías de uréter
	Cirugía de vejiga	Cistolitotomía, Cistorrafía, Corrección de fístula de vejiga
	Cirugía de uréter	Meatotomía, Ureteroplastía, Neouretroplastia, Otras cirugías de uréter
	Cirugía genital masculina	Ortofaloplastia, Corrección de priapismo, Amputación de pene, Vasectomía, Epididectomía, Otras cirugías de cordón espermático y epidídimo, Varicoceletoemía, Otras cirugías del testículo y bolsa escrotal
	Cirugía genital femenina	Ooforectomía, Salpingectomía, Reconstitución tubaria, Himenotomía, Colpotomía,



		Vulvotomía, Colpoperineoplastia, Corrección fistula uretrovaginal-vesicovaginal-rectovaginal, Corrección de incontinencia urinaria, Otras cirugías de útero, ovario, trompas, vagina, vulva y periné
	Cirugía genitourinaria sin especificar	Otras cirugías genitourinarias sin especificar
SISTEMA TEGUMENTARIO		
2	Cirugía tegumentaria sin especificar	Corrección quirúrgica de ginecomastia, Mamoplastia, Dermolipectomía, Exéresis quiste pilonidal sacrococcígeo, Corrección de polidactilia y sindactilia, Corrección de hiperqueratosis plantar, Exéresis de quiste sebáceo o lipoma, Corrección de secuela de quemadura, Otras cirugías de piel y tejido subcutáneo
3	Injerto de piel	Injerto de piel total o de capas divididas incluyendo colgajos que se reciben de sitios dadores
CIRUGIAS OTORRIONOLARINGOLÓGICAS		
3	Cirugía de oído	Cirugías del oído externo, Cirugía de drenaje de absceso, Timpanotomía, Miringotomía con implante de carretel, Mastoidectomía, Timpanomastoidectomía, Polipectomía cubicular, Estapedectomía, Laberinetectomía, Otras cirugías del oído
	Cirugía de laringe	Laringorrafia, Laringectomía parcial y total, Otras cirugías de laringe
	Cirugía de faringe	Extirpación de tumor faríngeo, Amigdalectomía, Adenoidectomía, Otras cirugías de faringe
	Cirugía nasal	Sinusotomía, Septoplastia, Polipectomía nasal, Otras cirugías de nariz
	Cirugía de lengua	Glosectomía, Otras cirugías de lengua
	Cirugía otorrinolaringológica sin especificar	Otras cirugías otorrinolaringológicas sin especificar
CIRUGÍAS NEUROLÓGICAS		
	Craneotomía	Craneoplastia, Craneotomía, Craneotomía descompresiva, Craneotomía de fosa posterior, Craneotomía para drenaje de



		hematoma, Microcirugía intracraneana para tumor, Microcirugía intracraneana vascular, Otras craneotomías no incluyendo perforaciones o punciones
2	Derivación ventricular (shunt)	Derivación ventrículo-peritoneal incluyendo revisión y remoción de la derivación
	Fusión espinal	Fusión espinal (vertebral)
	Laminectomía	Laminectomía, Laminotomía, Reapertura del sitio de laminectomía
	Meningocelelectomía	Meningocelelectomía, Simpatectomía, Resección de tumores de médula, Otras cirugías del sistema nervioso y columna
	Discectomía	Discectomía
	Corrección de escoliosis	Tratamiento quirúrgico de escoliosis
	Cirugía del sistema nervioso sin especificar	Otras cirugías del sistema nervioso sin especificar
CIRUGIAS ENDOCRINOLOGICAS		
3	Cirugía endocrinológica sin especificar	Tiroidectomía parcial o total, Paratiroidectomía, Timectomía, Suprarrenalectomía, Otras cirugías de glándulas endocrinas
CIRUGIAS MASTOLÓGICAS		
3	Mastectomía	Mastotomía, Mastectomía simple o radical, Otras cirugías de mama
CIRUGÍAS TRAUMATO-ORTOPÉDICAS		
3	Corrección de luxación	Corrección quirúrgica de luxación: acromioclavicular, codo, rodilla, tobillo, huesos de pie, articulación coxofemoral, a nivel de metacarpianos, a nivel de falanges
4	Artrodesis de columna anterior	Artrodesis de columna anterior
4	Artrodesis de columna posterior	Artrodesis de columna posterior
1	Cirugía artroscópica de rodilla	Cirugía artroscópica de rodilla
1	Cirugía artroscópica sin especificar	Cirugía artroscópica (excepto rodilla)
	Reducción quirúrgica de fractura	Reducción quirúrgica de fractura: clavícula, húmero, codo, radio, huesos metacarpianos, falanges, diáfisis de fémur, tobillo, huesos de pie Corrección quirúrgica de pseudoartrosis de clavícula, húmero, antebrazo, fémur, tibia No incluye colocación de prótesis articulares



3	Cirugía músculo esquelética sin especificar	Tenorrafia, Tenotomía, Tenoplastía, Transposición del tendón, Miorrafia Otras cirugías de los músculos y tendones Tratamiento quirúrgico de las lecciones de cóccix Tratamiento quirúrgico de aponeurosis palmar Otras cirugías de mano Tratamiento quirúrgico de rotura de ligamentos Otras cirugías del sistema músculo esquelético
	Osteotomía	Osteotomía
	Tratamiento quirúrgico de la osteomielitis	Tratamiento quirúrgico de la osteomielitis
	Retiro de prótesis	Retiro de prótesis, placas, etc.
	Artrotomía	Artrotomía
2	Prótesis de rodilla	Colocación de prótesis de rodilla, Artroplastia
	Prótesis de cadera	Colocación de prótesis de cadera, Artroplastia
3	Prótesis de unión sin especificar	Artroplastia de otras uniones que no sean cadera y rodilla
2	Amputación	Amputación de miembros
	Desarticulación	Desarticulaciones
TRASPLANTES		
6	Trasplante de riñón	Trasplante de riñón
	Trasplante de corazón	Trasplante de corazón
	Trasplante de hígado	Trasplante de hígado
	Trasplante de corazón y pulmón	Trasplante de corazón y pulmón
	Trasplante de páncreas	Trasplante de páncreas
	Trasplante de médula ósea	Trasplante de médula ósea
	Trasplante de órganos sin especificar	Trasplante de órganos sin especificar
CIRUGÍAS DEL SISTEMA LINFÁTICO		
3	Cirugía del sistema linfático sin especificar	Exéresis de ganglios linfáticos, Linfadenectomía, Otras cirugías del sistema linfático
CIRUGIAS TORÁCICAS		
	Cirugía de pulmón, pleura, mediastino y pared torácica	Costectomía, Esternectomia, Toracotomía exploradora, Mediastinotomía, Lobectomía, Neumonectomía, Otras cirugías de pulmón, pleura, mediastino y pared torácica



2	Cirugía de bronquios y tráquea	Traqueoplastia, Broncoplastia, Exéresis de papiloma, Otras cirugías de bronquios y tráquea
3	Cirugía torácica sin especificar	Otras cirugías torácicas sin especificar
CIRUGIAS OBSTÉTRICAS		
1	Procedimiento obstétrico sin especificar	Histerectomía puerperal, Cirugía de embarazo ectópico, Corrección de inversión uterina aguda, Parto vaginal, Otros procedimientos obstétricos
	Cesárea	Cesárea
CIRUGIAS OFTALMOLÓGICAS		
3	Cirugía palpebral	Cirugía palpebral
	Cirugía de conjuntiva	Cirugía de conjuntiva
	Cirugía de córnea y esclerótica	Cirugía de córnea y esclerótica
	Cirugía de retina	Cirugía de cámara anterior, retina y coroides
	Cirugía del iris	Cirugía del iris y cuerpo ciliar, Escleroiridectomía, Iridectomía
	Cirugía de cristalino y vítreo	Capsulectomía, Cataratas, Facetomía, Vitrectomía, Otras cirugías del cristalino y vítreo
	Cirugía de globo ocular	Enucleación del globo ocular, Corrección quirúrgica de estrabismo, Otras cirugías del globo y músculos oculares, Otras cirugías de órbita y vías lagrimales
	Cirugía oftalmológica sin especificar	Otras cirugías oftalmológicas sin especificar
CIRUGIA DE CUELLO		
7	Escisión o incisión de laringe	Escisión o incisión de laringe
	Fractura de mandíbula	Reducción quirúrgica: fractura de mandíbula, malar, fractura de maxilar, implante de prótesis bucomaxilofacial, Vaciam, Tumor cervical, Otras cirugías odontomaxilofacial
	Cirugía de cuello sin especificar	Otras cirugías de cuello sin especificar



Formularios

1. Formulario para la Notificación obligatoria individual de Eventos de Salud Pública
2. Formulario de Investigación General para las Infecciones asociadas a la atención de salud
3. Formulario de Investigación para Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva (NAVMI)
4. Formulario de Investigación para Infecciones del torrente sanguíneo asociada a catéter de vía central (ITS-CVC)
5. Formulario de Investigación para Infecciones del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente (ITU-CUP)
6. Formulario de Investigación para Infecciones de Sitio quirúrgico (ISQ)
7. Formulario de Investigación para otras IAAS no asociadas a dispositivos invasivos
8. Instructivo de formularios de investigación para IAAS
9. Plantilla de Indicadores de vigilancia epidemiológica de IAAS
10. Plantilla de registro del número de casos de IAAS
11. Formulario de Notificación de brotes de cualquier etiología
12. Formulario de Caracterización de brotes de cualquier etiología
13. Plantilla de Monitoreo para brotes de IAAS
14. Instructivo de la plantilla de monitoreo para brotes de IAAS
15. Informe descriptivo del brote
16. Plantilla mensual de Denominadores para la Vigilancia de dispositivos invasivos
17. Instructivo de la Plantilla mensual de Denominadores para la Vigilancia de dispositivos invasivos
18. Plantilla mensual de seguimiento para la Vigilancia de ISQ
19. Instructivo de la Plantilla mensual de seguimiento para la Vigilancia de ISQ
20. Registro de microorganismos causantes de infecciones según dispositivo invasivo, procedimiento quirúrgico y área de hospitalización



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA

Versión, marzo de 2024

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Tipo de identidad *Cedula* *Historia clínica* *Pasaporte* *Cédula de la madre*

No. identidad _____ Asegurado *Si* *No*

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Fecha de nacimiento *Día* *Mes* *Año* Edad cumplida *Años* *Meses* *Días*

Sexo *Hombre* *Mujer* Ocupación _____

Responsable (en menor o discapacitado): _____ Migrante *Si* *No*

Dirección residencial permanente:

País _____ *Provincia* _____ *Región* _____ *Distrito* _____

Corregimiento _____ Dirección residencial (Comunidad, zona o sector) _____ Punto de referencia _____

Teléfono 1 (fijo o móvil) _____ Teléfono 2 (fijo o móvil) _____ Correo electrónico _____

Donde se presume el contagio *Residencia* *Trabajo* *Escuela* *Lugar público o privado*

Nombre del lugar: _____

Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición (*solo si es diferente a la residencial*) _____

País _____ *Provincia* _____ *Región* _____ *Distrito* _____ *Corregimiento* _____

Dirección (comunidad, zona ó sector) _____ *Punto de referencia* _____ *Teléfono 1 (fijo o móvil)* _____ *Teléfono 2 (fijo o móvil)* _____

II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE

Diagnóstico 1 (CIE)

<i>Estado inicial:</i>	<i>Fecha estado inicial</i>	<i>Estado final:</i>	<i>Fecha estado final</i>
Confirmado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Confirmado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>	<i>Día Mes Año</i>	Sospechoso <input type="checkbox"/>	<i>Día Mes Año</i>
Descartado <input type="checkbox"/>		Descartado <input type="checkbox"/>	

Diagnóstico 2 (CIE)

<i>Estado Inicial</i>	<i>Fecha estado inicial</i>	<i>Estado final:</i>	<i>Fecha estado final</i>
Confirmado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Confirmado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>	<i>Día Mes Año</i>	Sospechoso <input type="checkbox"/>	<i>Día Mes Año</i>
Descartado <input type="checkbox"/>		Descartado <input type="checkbox"/>	

Diagnóstico 3 (CIE)

<i>Estado Inicial</i>	<i>Fecha estado inicial</i>	<i>Estado final:</i>	<i>Fecha estado final</i>
Confirmado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Confirmado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>	<i>Día Mes Año</i>	Sospechoso <input type="checkbox"/>	<i>Día Mes Año</i>
Descartado <input type="checkbox"/>		Descartado <input type="checkbox"/>	

Condición del paciente *Ambulatorio:* *Hospitalizado* *Fallecido*

<i>Fechas de:</i>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Signos y Síntomas</i>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>
Atención							
Inicio de síntomas							
Hospitalización							
Egreso							
Defunción							
Exposición							
Última dosis de vacuna							

Tiempo entre accidente y atención *Horas* *Minutos* Sitio de lesión _____

Información de la muestra *Día* *Mes* *Año*

Tipo de muestra _____ Fecha de recolección _____

Criterio de caso confirmado *Clinico* *Laboratorio* *Nexo Epidemiológico*

Tipo de caso (*sólo si aplica*) *Nuevo* *Recalda*

III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO

Nombre y apellido _____

Cargo _____ Fecha de notificación *Día* *Mes* *Año*

Instalación de salud _____ Teléfono de la instalación _____

Observaciones _____

Nota: Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud, y en su ausencia al director de la instalación; estos a su vez lo enviarán a epidemiología regional; quienes lo notificarán a epidemiología del nivel central del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas vigentes y el decreto 1617 del 21 de octubre de 2014.



INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA (Versión, marzo de 2024)

Este formulario debe ser utilizado en todas las instalaciones de salud del sector público y privado del país para reportar los Eventos de Notificación Obligatoria Individual, sospechosos o confirmados.

Tipo de identificación: Debe seleccionar con una (X) el tipo de identidad del paciente al momento de la notificación. Únicamente debe elegir una opción.

No. de identidad: Escriba el número de cédula separando con guiones el tomo, folio y asiento. Cuando se trata de pasaporte, la numeración contiene letras y números, por lo que debe escribir bien claro el número (0) cero y la letra (O) para evitar errores al momento de registrarlo en SISVIG.

Asegurado: Seleccione con (X) la condición de seguridad social del paciente al momento de la notificación.

Primer nombre, Segundo nombre, Primer apellido, Segundo apellido: Escribirlo tal como está registrado en el documento de identidad personal.

Fecha de nacimiento: Colocar el día, mes (en letras-no usar números romanos) y el año en que nació la persona (escribir los 4 dígitos).

Edad cumplida: Se coloca la edad cumplida (año, meses o días). Sólo se requiere que se llene una de ellas.

Sexo: Colocar una (X) en el sexo correspondiente.

Responsable: Cuando se trate de un menor de edad, discapacitado o adulto mayor se debe colocar el nombre de la persona responsable o tutor del paciente.

Migrante: Colocar una (X) cuando se trate de un migrante (Persona que se traslada desde el lugar en que habita a otro diferente). Referencia RAE.

Dirección residencial permanente: Se refiere al país, provincia, región, distrito, corregimiento y comunidad donde la persona vive de forma estable o fija. Incluir un punto de referencia para poder localizar más fácilmente la vivienda al momento de la investigación epidemiológica. Consignar al menos un número de teléfono donde pueda ser localizado y si tiene correo electrónico agregarlo.

Donde se presume el contagio: Seleccionar con una (X) el lugar donde se presume ocurrió el contagio o la exposición. Para ello tomar como referencia el período de incubación del evento.

Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición: Estos datos se llenan únicamente cuando el lugar donde se presume ocurrió el contagio o la exposición, es diferente a la residencia permanente.



Diagnóstico 1 (CIE): Escribir con letra clara el nombre del evento que se está notificando. Seleccionar con una (X) el estado inicial del mismo (confirmado, sospechoso o descartado) y la fecha en que se está haciendo la detección del evento. En el “Estado final”, seleccionar cómo se “cerró” el caso que inicialmente fue registrado como “sospechoso”. El mismo puede cerrarse como “Confirmado” o “Descartado”. Sólo debe elegirse un estado.

Diagnóstico 2 (CIE) y Diagnóstico 3 (CIE): Se llenan cuando se notifican dos o más Eventos de Notificación Obligatoria siguiendo las mismas indicaciones superiores.

Condición del paciente: Seleccionar con una (X) la condición del paciente al momento que se está detectando el ENO. Esa condición debe mantenerse en la notificación. Si el paciente posteriormente requiere hospitalización o fallece, esa información se consigna en las casillas siguientes del formulario.

Fechas de: Consignar las diferentes fechas según la condición del caso que se notifica. Cuando la notificación corresponde a un hospitalizado, es importante que se actualice la **Fecha de Egreso:** una vez que el paciente fue dado de alta.

Fecha de exposición generalmente es usada en eventos como lo son IAPPS, picadura de alacrán, mordedura de serpiente u otros.

Fecha de última dosis de vacuna: Se debe colocar la fecha de la última dosis de vacuna del evento que se está notificando. No colocar fechas de vacunas de eventos no relacionados al notificado.

Tiempo entre accidente y atención: Colocar las horas y minutos transcurridos desde la hora de la exposición y el momento de la atención de salud (en casillas separadas). Esta información es importante para las IAPPS, mordedura de serpiente, picadura de alacrán u otra que requiera esta información.

Sitio de la lesión: Escribir la parte anatómica donde se dio la lesión (cabeza, brazo, antebrazo, mano, tronco, pierna, pie, dedo u otros).

Tipo de muestra: Escribir el(los) tipo(s) de muestra(s) y la(s) fecha(s) de toma.

Signos y síntomas: Listar los signos o síntomas que informe el paciente, en orden de fecha de aparición con sus respectivas fechas de inicio.

Criterio de caso: Seleccionar con una (X) el criterio de confirmación del caso que se está notificando (clínico o laboratorio o nexa). Si existe un segundo evento que se confirma simultáneamente, colocar en comentarios la evidencia que apoya el resultado confirmatorio (tipo de prueba, fecha de realización y resultado).

Tipo de caso: Esta información es únicamente para eventos en que la norma de vigilancia defina que las recaídas deben de notificarse (ejemplo: Tuberculosis).

Datos del que notifica el caso: Consignar el nombre y apellido del médico u otro personal que está notificando el caso; fecha de llenado del formulario de notificación, instalación de salud que notifica y teléfono de la instalación.

Observaciones: Colocar cualquier información relevante.



República de Panamá
Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social – Instituciones Privadas
Dirección General de Salud Pública
Departamento Nacional de Epidemiología
Formulario de Investigación General para las Infecciones asociadas a la atención de salud

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre:		Identificación:	
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Fecha de nacimiento:	Edad:	
Región de Salud:	Distrito:	Corregimiento:	
Dirección:	Seguro social: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Uso exclusivo para neonatos (datos del nacimiento)			
Peso al nacer: kg	Edad gestacional: semanas		
Lugar de nacimiento: <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Extrahospitalario			

ANTECEDENTES PERSONALES

Ingreso hospitalario previo en los últimos 6 meses: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fecha de egreso:
Nombre de la instalación donde estuvo hospitalizado previamente:	
Comorbilidades: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
En caso afirmativo, indicar comorbilidades	

INFORMACIÓN CLINICO-EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

Fecha de ingreso: dd/ mm/ año	
Diagnóstico de ingreso:	
Fecha de inicio de síntomas de IAAS: dd/ mm/ año	Días intrahospitalarios:
Signos y Síntomas asociados a la infección	Fecha de signos y síntomas
Fecha de notificación de IAAS: dd/ mm/ año	Ubicación del paciente: <input type="radio"/> UCI <input type="radio"/> Sala
Consulta a Infectología / Medicina Interna: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Condición de paciente: <input type="radio"/> Vivo <input type="radio"/> Muerto
Fecha defunción:	

MOVIMIENTO DEL PACIENTE

Paciente trasladado de otro hospital: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fecha del traslado:		
Hospital que realizó el traslado:			
Tiempo de estancia hospitalaria en esa instalación:	Sala/Servicio:		
Movimiento Intrahospitalario Paciente transferido hacia otras salas/unidad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Sala/Unidad	Cama	Fecha de ingreso	Fecha de transferencia

LOCALIZACIÓN O SITIO DE INFECCIÓN

<input type="radio"/> Huesos / Articulaciones	<input type="radio"/> Sistema nervioso central	<input type="radio"/> Sistema cardiovascular
<input type="radio"/> Ojos, oídos, nariz, boca	<input type="radio"/> Sistema gastrointestinal	<input type="radio"/> Aparato reproductor
<input type="radio"/> Piel y tejidos blandos	<input type="radio"/> Ombligo	<input type="radio"/> Tracto respiratorio
<input type="radio"/> Torrente sanguíneo	<input type="radio"/> Tracto urinario	<input type="radio"/> Sitio quirúrgico



**FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN PARA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA
DISPOSITIVO INVASIVO/PROCEDIMIENTO**

Tipo de dispositivo invasivo	Fecha de colocación (d/m/año)	Fecha de retiro (d/m/año)
<input type="radio"/> Ventilador mecánico invasivo		
<input type="radio"/> Tubo endotraqueal		
<input type="radio"/> Traqueostomía		

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL PACIENTE

Inmunosupresión: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Patología basal: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Alteración de la conciencia: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Comorbilidad: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Otros:	
En caso de neonatos	Prematuridad: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Bajo peso al nacer: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	APGAR menor 7 a los 5 min: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Anomalías congénitas: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Sufrimiento fetal: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Madre con corioamnionitis: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Otros:	

FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN

ADULTOS	Traqueostomía temprana: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Re-intubación: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Uso de probióticos: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Cepillado de dientes: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hospitalización prolongada: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Exposición prolongada al dispositivo invasivo: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de benzodiazepinas para sedación: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión del manguito < 20 cm ³ de agua: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Aspiraciones innecesarias: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Circuitos del ventilador visiblemente sucios o en mal funcionamiento: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Administración temprana de nutrición enteral: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Uso de tubos endotraqueales con puertos de drenaje de secreciones subglóticas: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Otros:		
PEDIÁTRICOS	Sobrecarga de líquidos: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Circuitos del ventilador visiblemente sucios o en mal funcionamiento: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Minimizar sedación: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
NEONATOS	Higiene oral con calostro de la madre: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión del manguito < 20 cm ³ de agua: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Re-intubación utilizando CPAP nasal, ventilación con presión positiva no invasiva o cánula nasal de alto flujo posterior a la extubación: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

LABORATORIO (Adjuntar Antibiograma)

Tipo de Muestra	Fecha de toma de muestra	Microorganismo aislado
<input type="radio"/> Secreción endotraqueal		
<input type="radio"/> Lavado bronco alveolar		
<input type="radio"/> Líquido pleural		
<input type="radio"/> Tejido pulmonar		
<input type="radio"/> Otro:		

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL APLICADAS

Medidas aplicadas	Fecha de aplicación



CLASIFICACIÓN DE LA IAAS

Criterio de Caso: <input type="radio"/> Sospechoso <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado
Definición de Caso: <input type="radio"/> Neumonía definida clínicamente <input type="radio"/> Neumonía con infección bacteriana o patógenos fúngicos filamentosos / Neumonía por virus, Legionella u otra bacteria <input type="radio"/> Neumonía en inmunocomprometidos

DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre del investigador:	Cargo:	Fecha:
--------------------------	--------	--------



FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN PARA INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUINEO ASOCIADA CVC

DISPOSITIVO INVASIVO: Arterial Venoso

Tipo de dispositivo invasivo	Fecha de colocación (d/m/año)	Fecha de retiro (d/m/año)
<input type="radio"/> CVC subclavia		
<input type="radio"/> CVC yugular		
<input type="radio"/> CVC femoral		
<input type="radio"/> CVC de inserción periférica		
<input type="radio"/> CVC transitorio o corta duración		
<input type="radio"/> CVC de larga duración		
<input type="radio"/> Catéter umbilical		
<input type="radio"/> Otro:		

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL PACIENTE

Comorbilidad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Índice de masa corporal > 40 <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Politraumatismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Neutropenia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Grandes quemados <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Inmunosupresión <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Infecciones cercanas o remotas al sitio de inserción <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Otro:
En caso de neonato		
Prematuridad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Macrosomía <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Anomalías congénitas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ruptura de membrana > 18h <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Bajo peso al nacer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Corioamnionitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Otros		

FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN

ANTES DE LA INSERCIÓN	Hospitalización prolongada previa colocación del CVC: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Baño diario con clorhexidina a pacientes > 2 meses de edad: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Colonización microbiana del paciente con MDMR: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Higiene de manos antes de la inserción del catéter: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
DURANTE LA INSERCIÓN	Personal capacitado y competente para realizar inserción: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sitio de inserción adecuado: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de clorhexidina alcohólica para preparación de piel: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Uso de guía ultrasónica para inserción de catéter: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de barreras estériles durante la inserción: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Uso de paquetes estériles de inserción de catéter (kits): <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
DESPUES DE LA INSERCIÓN (CUIDADO/MANTENIMIENTO)	Relación enfermera: paciente adecuada: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Deficiente cuidado del catéter: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso de apósitos con clorhexidina para los CVC en > 2 meses: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Duración prolongada del catéter: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	Uso del catéter para administración de Nutrición parenteral: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Uso del catéter para transfusión sanguínea y/o derivados en pacientes pediátricos: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

FACTORES ADICIONALES

Uso de catéteres impregnados con antisépticos o antimicrobianos: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	CVC con más de 1 lumen: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Retiro de catéteres no esenciales:
Otros:		

LABORATORIO (Adjuntar Antibiograma)

Tipo de Muestra	Fecha de toma de muestra	Microorganismo aislado
<input type="radio"/> Sangre CVC		
<input type="radio"/> Sangre periférica		

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL APLICADAS

Medidas aplicadas	Fecha de aplicación

CLASIFICACIÓN DE LA IAAS

Criterio de Caso: <input type="radio"/> Sospechoso <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado
Definición de Caso: <input type="radio"/> ITS primaria confirmada por laboratorio <input type="radio"/> ITS confirmada por laboratorio en pacientes con lesión de la barrera mucosa

DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre del Investigador:	Cargo:	Fecha:
--------------------------	--------	--------



FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN PARA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CÁTERER URINARIO

DISPOSITIVO INVASIVO

Tipo de dispositivo invasivo	Fecha de colocación (d/m/año)	Fecha de retiro (d/m/año)
<input type="radio"/> Catéter urinario permanente		

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL PACIENTE

<input type="radio"/> Sexo femenino	<input type="radio"/> Edad avanzada	<input type="radio"/> Historia de ITU previas
<input type="radio"/> Comorbilidades	<input type="radio"/> Traumatismo uretral	
<input type="radio"/> Creatinina mayor de 2 mg/dl al momento de la inserción		
Otros:		
En caso de neonato	<input type="radio"/> Prematuridad	<input type="radio"/> Bajo peso al nacer
	<input type="radio"/> Anomalías congénitas	<input type="radio"/> Inmadurez del Sistema inmunológico
	<input type="radio"/> Otro	

FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN

Técnica apropiada para la inserción del catéter: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Uso justificado del catéter <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Duración prolongada del catéter <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Higiene de manos antes de la inserción: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado adecuado en el mantenimiento del catéter <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Instalación traumática del catéter <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Uso del sistema de drenaje abierto: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Irrigación continua del catéter <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Otros:

LABORATORIO

Tipo de Muestra	Fecha de toma de muestra	Microorganismo aislado
<input type="radio"/> Orina		
Adjuntar Antibiograma		

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL APLICADAS

Medidas aplicadas	Fecha de aplicación

CLASIFICACIÓN DE LA IAAS

Criterio de Caso: <input type="radio"/> Sospechoso <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado
Definición de Caso: <input type="radio"/> ITUS asociada a catéter urinario <input type="radio"/> ITUS no asociada a catéter urinario <input type="radio"/> ITU asintomática con infección torrente sanguíneo <input type="radio"/> Otras infecciones del sistema urinario
Comentarios:

DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre del Investigador:	Cargo:	Fecha:
--------------------------	--------	--------



FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN PARA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

GENERALIDADES DE LA CIRUGIA

Cirugía realizada:			
Clasificación de la cirugía: <input type="radio"/> Limpia <input type="radio"/> Limpia contaminada <input type="radio"/> Contaminada <input type="radio"/> Sucia			
Fecha de cirugía:		Hora de inicio:	Hora de finalización:
Indicación de la cirugía: <input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Electiva		ASA ≥ 3: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Implantes: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Profilaxis antibiótica: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Antibiótico administrado:	Dosis y número de dosis:	Hora de administración:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL PACIENTE

Edad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Obesidad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inmunosupresión: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Rasurado en casa: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Foco infeccioso a distancia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tabaquismo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Prematuridad (neonatos): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Índice quirúrgico:	Otros:

FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN

Uso de podadora o tijera: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tiempo de admisión de 24 horas o más: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Adecuada profilaxis antibiótica: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Prolongación de profilaxis antibiótica: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tiempo de cirugía prolongado: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Temperatura corporal ≤ 36.4°C: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Reintervención: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Glicemia post quirúrgica ≥ 200 mg/dl: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Adecuada preparación antiséptica de la piel: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Transfusión de sangre: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otros:	

LABORATORIO (Adjuntar Antibiograma)

Tipo de Muestra	Fecha de toma de muestra	Microorganismo aislado
<input type="radio"/> Secreción		
<input type="radio"/> Tejido		
<input type="radio"/> Líquido:		

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL APLICADAS

Medidas aplicadas	Fecha de aplicación

CLASIFICACIÓN DE LA IAAS

Criterio de Caso: <input type="radio"/> Sospechoso <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado
Definición de Caso: <input type="radio"/> Superficial <input type="radio"/> Profundo <input type="radio"/> Órgano espacio
Comentarios:



DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre del Investigador:	Cargo:	Fecha:
--------------------------	--------	--------



FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN PARA OTRAS IAAS NO ASOCIADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL PACIENTE

Inmunosupresión: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Patología basal: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tabaquismo: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad crónica debilitante: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Edad extrema: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Estado nutricional: <input type="radio"/> Bajo peso <input type="radio"/> Obesidad
Prematuridad: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bajo peso al nacer: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros:		

LABORATORIO

Tipo de Muestra	Fecha de toma de muestra	Microorganismo aislado
<input type="radio"/> Sangre periférica		
<input type="radio"/> Sangre CVC		
<input type="radio"/> Orina		
<input type="radio"/> Líquido pleural		
<input type="radio"/> Líquido cefalorraquídeo		
<input type="radio"/> Líquido sinovial		
<input type="radio"/> Tejido		
<input type="radio"/> Secreción endotraqueal		
<input type="radio"/> Secreción de sitio Qx		
<input type="radio"/> Otra:		
Adjuntar Antibiograma		

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL APLICADAS

Medidas aplicadas	Fecha de aplicación

CLASIFICACIÓN DE LA IAAS

Criterio de Caso: <input type="radio"/> Sospechoso <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado
Definición de Caso:
Comentarios:



DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre del Investigador:	Cargo:	Fecha:
--------------------------	--------	--------



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

El formulario deberá ser llenado de manera clara con letra legible o digitalmente.

1. **Nombre:** registrar nombre y apellido completo del paciente.
2. **Identificación:** corresponde a la cédula de identidad personal, número de pasaporte o número de expediente clínico.
3. **Sexo:** corresponde a la condición orgánica que caracteriza a un individuo en hombre o mujer.
4. **Fecha de nacimiento:** corresponde al día/mes/año de nacimiento.
5. **Edad:** corresponde al tiempo de vida en años, meses o días.
6. **En caso de neonato (datos del nacimiento)**
 - a) **Peso al nacer:** peso en kg al momento de nacer.
 - b) **Edad gestacional:** edad en semanas al momento de nacer. No aplica (NA) si no es neonato.
 - c) **Lugar de nacimiento:** lugar donde se dio el nacimiento del neonato.
7. **Ingreso hospitalario previo:** se refiere al ingreso previo en otra instalación hospitalaria en los últimos 6 meses antes de la hospitalización actual.
8. **Fecha de egreso hospitalario previo:** es el día/mes/año en que el paciente fue dado de alta durante la hospitalización anterior.
9. **Diagnóstico de egreso:** se refiere a los diagnósticos establecidos por el médico tratante en la hospitalización anterior.
10. **Nombre de la Instalación:** corresponde al nombre de la instalación hospitalaria donde el paciente estuvo hospitalizado anteriormente.
11. **Comorbilidades:** son aquellas patologías crónicas que padece el paciente (diabetes mellitus, enfermedades inmunosupresoras, etc).
12. **Estado nutricional:** condición física que presenta una persona como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. Según índice de masa corporal (IMC): bajo peso (<18.5 kg/m²), eutrófico (18.5-24.9 kg/m²), sobrepeso (25-29.9 kg/m²), obesidad (>30 kg/m²).
13. **Fecha de ingreso:** se refiere al día/mes/año que el paciente fue admitido al hospital.
14. **Diagnóstico de ingreso:** se refiere a los diagnósticos consignados por el médico para su admisión hospitalaria.
15. **Fecha de inicio de síntomas (FIS) de IAAS:** se refiere al día/mes/año que iniciaron los signos o síntomas de IAAS.
16. **Días intrahospitalarios:** días de hospitalización transcurridos desde la fecha de ingreso hasta la fecha de inicio de síntomas y/o signos de infección.
17. **Signos y Síntomas:** corresponde a los signos y síntomas de infección y su fecha de inicio.
18. **Fecha de notificación:** se refiere al día/mes/año que notifican la sospecha de IAAS.
19. **Ubicación del paciente:** corresponde a la unidad o sala donde se identifica al paciente con IAAS.
20. **Consulta a Infectología/Medicina Interna:** se refiere a la realización de una interconsulta a Infectología/Medicina Interna.
21. **Condición del paciente:** se refiere al estado del paciente. En caso de defunción consignar la fecha.



- 22. Paciente trasladado de otra instalación de salud:** se refiere al traslado del paciente entre hospitales durante una misma hospitalización. Consignar fecha del traslado, nombre del hospital que realiza el traslado y tiempo de estancia en ese hospital.
- 23. Paciente transferido hacia otras salas:** se refiere al movimiento del paciente con IAAS dentro del hospital desde su ingreso hasta su egreso (trazabilidad). Consignar la sala, cama, fecha de ingreso y egreso dentro del hospital.
- 24. Localización o sitio de infección:** se refiere a los lugares anatómicos afectados.
- 25. Dispositivo invasivo:** se refiere al tipo de dispositivo que está utilizando el paciente o estuvo utilizando el día anterior (24 horas previas).
- 26. Fecha de colocación y retiro del dispositivo:** se refiere al día/mes/año en que se colocó y retiró el dispositivo invasivo.
- 27. Factores de riesgo relacionados al paciente:** se refiere a los factores de riesgo propios del paciente y que son contribuyentes para la aparición de una IAAS.
- 28. Factores relacionados con la atención:** se refiere a los factores relacionados con procedimientos diagnósticos o quirúrgicos que pueden asociarse a la aparición de IAAS. Estos factores o intervenciones que favorecen la aparición de IAAS están basados en las recomendaciones de la SHEA (Society Healthcare Epidemiology of America):
- Traqueostomía temprana: se refiere a realizar una traqueostomía dentro de los 7 días posteriores a la intubación. Si el procedimiento se realiza posteriormente, hay un mayor riesgo de NAV.
 - Reintubación: este procedimiento aumenta el riesgo de NAV.
 - Uso de probióticos: no se recomienda el uso de probióticos.
 - Cepillado de dientes: se recomienda realizar el cuidado bucal con cepillado de dientes, pero sin clorhexidina para disminuir el riesgo de NAV.
 - Hospitalización prolongada: tiempo de estancia hospitalaria mayor a 10 días.
 - Uso de benzodiacepinas para sedación: se recomienda evitar el uso de benzodiacepinas para sedación, lo que disminuye el riesgo de NAV.
 - Administración temprana de nutrición enteral: se recomienda el uso de nutrición enteral para disminuir el riesgo de NAV.
 - Uso de tubos endotraqueales con puertos de drenaje de secreciones subglóticas: se recomienda su uso en pacientes que se espera requieran más de 48 a 72 horas de ventilación mecánica, lo que contribuye a disminuir NAV.
 - Re-intubación mediante CPAP nasal, ventilación con presión positiva no invasiva o cánula nasal de alto flujo en el periodo posterior a la extubación: se debe evitar la re-intubación para disminuir NAV en neonatos pretérmino.
 - Sobrecarga de líquidos: está asociada a un mayor riesgo de ventilación mecánica prolongada (más de 48 h); se mide con el balance hídrico.
 - Baño diario con clorhexidina a pacientes > 2 meses de edad: se recomienda realizar baño diario a todo paciente mayor de 2 meses de edad con clorhexidina antes de la inserción del catéter para disminuir el riesgo de ITS.
- Colonización microbiana del paciente con microorganismo multirresistente (MOMR): la colonización de la piel con MOMR aumenta el riesgo de ITS.
- Higiene de manos antes de la inserción, personal capacitado y competente para la realización de la inserción, uso de clorhexidina alcohólica para la preparación de la piel, uso de guía ultrasónica, uso de barreras estériles, uso de bandejas (kits) estériles de



inserción, uso de apósitos impregnados con clorhexidina: estos factores favorecen la disminución del riesgo de ITS.

- Sitio de inserción adecuado: se recomienda el uso de la subclavia para disminuir los riesgos de ITS.
- Relación adecuada enfermera: paciente en UCI: esta relación debe ser 1:1 y disminuir las enfermeras flotantes en esa área.
- Uso del catéter para transfusión de sangre en pacientes pediátricos: no se recomienda utilizar el catéter para transfusión sanguínea y sus derivados.

29. Tipo de muestra: se refiere a las muestras biológicas tomadas para confirmar un caso de IAAS.

30. Fecha de toma de muestra: se refiere al día/mes/año que se toma la muestra biológica.

31. Microorganismo aislado: se refiere a la bacteria, virus u hongo que se identificó en la muestra biológica.

32. Antibiograma: se refiere a la prueba de sensibilidad de los microorganismos a los antibióticos.

33. Medidas de prevención y control: se refiere a todas las medidas recomendadas para prevenir y control la infección. Consignar las fechas en que se inicia la aplicación de estas medidas.

34. Criterio del caso: se refiere a los casos sospechoso, confirmado o descartado de acuerdo con la definición de caso.

35. Definición de caso: se refiere al conjunto de criterios específicos (clínicos, de laboratorio y/o de imagenología) utilizados para confirmar o descartar un evento (IAAS).

36. Observaciones: se refiere a algún comentario de importancia epidemiológica en la investigación.

37. Datos del investigador: se refiere al nombre del investigador en letra legible, cargo que desempeña y fecha de la investigación.

En caso de Infecciones de Sitio Quirúrgico

38. Cirugía realizada: se refiere a la cirugía trazadora realizada al paciente.

39. Clasificación de la cirugía:

- Cirugía limpia: es aquella donde la incisión atraviesa una piel sana sin penetrar la mucosa respiratoria, digestiva, genitourinaria ni la cavidad orofaríngea;
- Cirugía limpia contaminada: es aquella que implica la apertura, en condiciones controladas y sin contaminación inusual, del aparato respiratorio, digestivo o genitourinario;
- Cirugía contaminada: es aquella cirugía donde hay transgresión de la técnica, gran contaminación a partir del tubo digestivo o ingreso en las vías genitourinarias o biliares en presencia de orina o bilis infectada; incluye incisiones con inflamación aguda no purulenta;
- Cirugía sucia: incluye heridas traumáticas sucias o con tratamiento retardado, contaminación fecal, cuerpos extraños, víscera desvitalizada o líquido purulento visible de cualquier origen.

40. Fecha de la cirugía: se refiere al día/mes/año que se realiza la cirugía.

41. Hora de inicio: se refiere a la hora que inicia la cirugía.

42. Hora de finalización: se refiere a la hora que finaliza la cirugía.

43. Indicación de la cirugía: corresponde a una intervención urgente que pone en peligro la vida del paciente o una electiva que fue programada previamente.



- 44. Profilaxis antibiótica:** anotar si al paciente se le administró antibiótico prequirúrgico. Consignar el nombre del antibiótico, hora de administración, dosis y número de dosis administradas.
- 45. ASA:** se refiere al sistema de clasificación que utiliza la Sociedad Americana de Anestesiología, para estimar el riesgo de la anestesia para los distintos estados del paciente.
- Clase I:** paciente saludable sin enfermedad sistémica.
 - Clase II:** paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante.
 - Clase III:** paciente con enfermedad sistémica grave pero no incapacitante.
 - Clase IV:** paciente con enfermedad sistémica grave incapacitante, que constituye una amenaza para la vida
 - Clase V:** se trata del enfermo terminal o moribundo cuya expectativa de vida no se espera mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico.
 - Clase VI:** persona que presenta muerte cerebral detectada que pasará por cirugía para donación de órganos
- 46. Índice de riesgo quirúrgico:** se refiere a la evaluación del riesgo de una persona que será sometida a una operación identificando la severidad (Score ASA), tipo de cirugía y tiempo quirúrgico.
- Tiempo quirúrgico: se considera como tal el tiempo de cirugía asegurándose que éste sea el tiempo de "piel a piel", es decir, el tiempo transcurrido desde la apertura hasta el cierre de la piel. Los tiempos quirúrgicos han sido estandarizados según NHSN. Si la cirugía es menor al tiempo estándar se asigna un puntaje de 0 (cero), y si es mayor, 1 (uno) punto.
 - Tipo de cirugía: limpia o limpia contaminada – 0 (cero) punto; contaminada o sucia – 1 (uno) punto
 - Score ASA: score de ASA < 3 – 0 (cero) punto; score de ASA > 3 – 1 (uno) punto
- De la suma obtenida se logra un valor que oscila entre 0 (cero) a 3 (tres), siendo éste el índice de riesgo quirúrgico.



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – INSTITUCIONES PRIVADAS

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INDICADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IAAS**

INSTALACIÓN: _____

MES/AÑO: _____

INDICADORES GENERALES	NUMERADOR	DENOMINADOR	TASA
Incidencia de IAAS en la instalación			
Incidencia de IAAS por Servicio/Sala/Unidad			
Letalidad en pacientes con IAAS activa			
INDICADORES ESPECIFICOS	NUMERADOR	DENOMINADOR	TASA
Tasa de ISQ en Cirugías limpias y limpias contaminadas			
Tasa de ISQ según "X" cirugía trazadora			
Densidad de incidencia asociada a "X" dispositivo invasivo en UCI adulto, pediátrico y neonatal/ Sala			
Promedio de días de exposición a "X" dispositivo invasivo			
Tasa de uso de dispositivos invasivos			
INDICADORES MICROBIOLÓGICOS	NUMERADOR	DENOMINADOR	%
Porcentaje de microorganismos causantes de infecciones asociadas a dispositivos invasivos y procedimientos quirúrgicos en UCI adulto, pediátrico y neonatal / Sala			

Nota: se enviará el informe de indicadores a cada instalación según su cartera de servicios y capacidad resolutive.



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – INSTITUCIONES PRIVADAS

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
REGISTRO DE CASOS DE IAAS

INSTALACIÓN: _____

AÑO: _____

IAAS OBJETO DE VIGILANCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Infección del torrente sanguíneo asociada a CVC													0
Infección en el torrente sanguíneo confirmada por laboratorio													0
Infección en el torrente sanguíneo confirmada por laboratorio con alteración en la barrera de la mucosa													0
Neumonía asociada a ventilador mecánico													0
Neumonía definida clínicamente (tipo 1)													0
Neumonía con patógenos bacterianos comunes u hongos filamentosos con resultado de laboratorio (tipo 2)													0
Neumonía con patógenos virales, Legionella y otras bacterias con resultado de laboratorio (tipo 2)													0
Neumonía en pacientes inmunocomprometidos (tipo 3)													0
Neumonía no asociada a ventilador mecánico													0
Neumonía nosocomial													0
Infección del tracto urinario													0
Infección urinaria sintomática asociada a CUP													0
Infección urinaria sintomática no asociada a CUP													0
Infección del tracto urinario asintomática con infección del torrente sanguíneo													0
Otra infección del tracto urinario (riñón, vejiga o espacio perirrenal)													0
Infección de sitio quirúrgico													0
ISQ superficial													0
ISQ profundo													0
ISQ que compromete órgano/espacio específico													0
Infecciones óseas y articulares													0
Osteomielitis													0
Infección del espacio discal													0
Infección articular o de la bursa													0
Infección articular periprotésica													0
Infección del sistema nervioso central													0
Infección intracraneal													0
Meningitis o ventriculitis													0
Absceso / Infección espinal													0
Infección del sistema cardiovascular													0
Miocarditis o pericarditis													0
Endocarditis infecciosa													0
Mediastinitis													0
Infección arterial o venosa													0
Infecciones oculares													0
Conjuntivitis													0
Endoftalmitis post cirugía de cataratas													0
Infecciones de oídos y mastoides													0
Otitis externa													0
Otitis media													0
Otitis interna													0
Mastoiditis													0
Infección de la cavidad oral													0
Infecciones nasales													0
Sinusitis													0
Infección del tracto respiratorio													0
Bronquitis													0
Bronquiolitis													0
Bronquiectasia													0
Absceso pulmonar													0
Traqueitis sin evidencia de neumonía													0
Infección por SARS-CoV-2													0
Faringitis													0
Laringitis													0
Epiglotitis													0
Infección del tracto reproductivo													0
Endometritis puerperal													0
Infección de la cúpula vaginal post histerectomía													0
Infección del tejido pélvico u otra infección del aparato reproductor													0
Infección de la episiotomía													0
Infección del sistema gastrointestinal													0
Infección por Clostridioides difficile													0
Infección intrabdominal no especificada													0
Gastroenteritis infecciosa													0
Infección del tracto gastrointestinal													0
Infección de la piel y tejidos blandos													0
Mastitis o absceso mamario después de procedimiento mamario													0
Quemaduras infectadas													0
Úlcera de decubito infectada													0
Infección de la piel y/o tejido subcutáneo													0
Infección de tejidos blandos													0
Otras IAAS													0
													0



República de Panamá Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social – Instituciones de salud privadas Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de cualquier etiología			
DATOS DE NOTIFICACION DEL QUE REPORTA EL BROTE			
Número de Brote: _____			
Persona notificante: _____			
Teléfono: _____			
Correo electrónico: _____			
Nombre de la Instalación: _____			
Dependencia: <input type="radio"/> Minsa <input type="radio"/> CSS <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> IMLCF			
Fecha de notificación: _____		Hora de notificación: <input type="radio"/> am <input type="radio"/> pm	
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL BROTE			
Tipo de Brote:			
<input type="radio"/> Inmunoprevenible <input type="radio"/> ETA <input type="radio"/> Respiratorio <input type="radio"/> Vectorial <input type="radio"/> Zoonosis <input type="radio"/> IAAS <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Desconocido			
Especifique Nombre del Brote: _____			
Estado del Brote: <input type="radio"/> Sospechoso <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado			
Lugar de ocurrencia del brote: <input type="radio"/> Comunitario <input type="radio"/> Hospitalario			
Región de Salud: _____		Distrito: _____	Corregimiento: _____
Localidad: _____		Dirección exacta: _____	
Punto de Referencia: _____			
Hospital: _____		Servicio/Sala/Unidad: _____	
Total de casos: _____	Número de hospitalizados: _____	Número de ambulatorios: _____	Número de defunciones: _____
Animales afectados: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Tipo de animal: _____	
Número de animales afectados: _____		Número de animales muertos: _____	
Dirección General de Salud Pública. Departamento Nacional de Epidemiología. Teléfonos 512-9267/9147 Correo electrónico: vigepipanama@yahoo.com			



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTALACIONES DE SALUD PRIVADAS
FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN DE BROTE DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

Caracterización: Inicial Actualización Final Número de brote: _____
 Fecha de Caracterización: ____DD/____MM/____AA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL COORDINADOR DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre del Coordinador: _____
 Nombre de la Instalación: _____
 Dependencia: Minsa CSS Privado IMLCF
 Provincia/Región de Salud: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL BROTE

Tipo de Brote: ETA Respiratorio Vectorial Zoonosis IAAS Desconocido
 Otro
 Nombre del brote: _____
 Lugar de ocurrencia del brote: Comunitario Hospitalario
 Estado del brote: Sospechoso Confirmado Descartado
 Fecha de inicio: ____DD/____MM/____AA Fecha de notificación: ____DD/____MM/____AA
 Fecha de investigación: ____DD/____MM/____AA Fecha de cierre: ____DD/____MM/____AA
 Sala/Servicio/Unidad donde ocurre el brote: _____

DEFINICIÓN DE CASO

Sospechoso: _____
 Confirmado: _____
 Descartado: _____

DESCRIPCIÓN DE CASOS Y EXPUESTOS

Casos por sexo y grupo de edad

	Total	< 1 a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-49	50-59	60-64	≥65
Masculino												
Femenino												
Total												

Expuestos por sexo y grupo de edad

	Total	< 1 a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-49	50-59	60-64	≥65
Masculino												
Femenino												
Total												

Tasa de ataque (casos/expuestos) x100

	Total	< 1 a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-49	50-59	60-64	≥65
Masculino												
Femenino												
Total												

Casos por sexo, edad y ubicación

Grupo de edad	AMBULATORIOS			HOSPITALIZADOS			DEFUNCIONES		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
< 1									
1-4									
5-9									
10-14									
15-19									
20-24									
25-34									
35-49									
50-59									
60-64									
≥65									
NE									
Total									

DESCRIPCIÓN DE CASOS POR LOCALIDAD

Lugar específico de ocurrencia	Enfermos	Expuestos	Tasa de ataque (enf/exp)*100

SIGNOS Y SINTOMAS

Signos y síntomas	Frecuencia	%	Signos y síntomas	Frecuencia	%



República de Panamá
Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social – Instituciones Privadas
Dirección General de Salud Pública
Departamento Nacional de Epidemiología
Plantilla de Monitoreo para Brote de IAAS (en caso de Infectados y Colonizados)

Instalación:	FIB:
Servicio/Sala/Unidad:	Fecha notificación:
Nombre del brote:	Agente etiológico:

Fecha	Infectados					Colonizados					Total hosp (I+C)	Expuestos	Tasa de ataque	Comentarios	
	N	Ac	Hospitalizados	Def N	Def Ac	N	Ac	Hospitalizados	Def N	Def Ac					

N: nuevo Ac: acumulado I: infectado C: colonizado Def: defunción

Observaciones: **NO MODIFICAR EL FORMULARIO**

1. Consignar solamente los pacientes que al momento de notificar el brote se encuentran hospitalizados.
2. No duplicar los pacientes ni incluir personal de salud.
3. Si el paciente está colonizado y posteriormente se infecta, se elimina de colonizado y se coloca en infectado en la fecha donde se detectó la infección.
4. No es necesario consignar los egresos.
5. Consignar la fecha de cierre del brote en Comentarios.



INSTRUCTIVO DE LA PLANTILLA DE MONITOREO PARA BROTE DE IAAS

Este formulario de monitoreo tiene como hora de corte para la recolección de la información 11 am y deberá enviarse a más tardar 1 pm. De presentarse un caso nuevo o defunción posterior a la 11 am, se reportará en el seguimiento del día siguiente.

Instructivo para el llenado y listado de variables

1. Instalación de salud: se refiere al hospital donde ocurre el brote.
2. Servicio/Sala/Unidad: se refiere al servicio, sala y/o unidad donde se originó el brote.
3. Nombre del brote: se refiere al diagnóstico o nombre del brote o evento asociado a IAAS.
4. Fecha de inicio de brote: se refiere al día/mes/año que se detectó el caso índice.
5. Fecha de notificación: se refiere al día/mes/año cuando se notifica el evento a Epidemiología del Ministerio de Salud.
6. Fecha: se refiere al día/mes/año cuando se consignan los datos del seguimiento.
7. Infectados nuevos: corresponde al número de casos nuevos que se infectan por día al momento de la hora de corte.
8. Infectados acumulados: corresponde al número de casos infectados acumulados por día al momento de la hora de corte.
9. Infectados hospitalizados: se anota el número de pacientes infectados pertenecientes al brote que se encuentran hospitalizados en el día de seguimiento.
10. Defunciones nuevas: corresponde al número de defunciones nuevas ocurridas al momento de la hora de corte, independientemente si la infección/colonización sea la causa directa o indirecta de la defunción.
11. Defunciones acumuladas: es el número total de defunciones ocurridas asociadas al brote, independientemente si la infección/colonización sea la causa directa o indirecta de la defunción.
12. Colonizados nuevos: corresponde al número de pacientes nuevos que se han colonizado al momento de la hora de corte.
13. Colonizados acumulados: corresponde al número total de pacientes que sean colonizado acumulados por día al momento de la hora de corte.
14. Colonizados hospitalizados: número de pacientes colonizados que se encuentran hospitalizados en el día de seguimiento.
15. Total de hospitalizados: es la sumatoria de pacientes infectados y colonizados que se encuentran hospitalizados en el día de seguimiento.
16. Expuestos: es el número de pacientes que fueron expuestos a los factores de riesgo asociados al brote, al momento de la hora de corte.
17. Tasa de ataque: es el número de infectados entre el número de pacientes expuestos multiplicado por 100.



**Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social – Instituciones Privadas
Dirección General de Salud Pública
Departamento Nacional de Epidemiología**

En el informe de descripción del brote se deben señalar las intervenciones y su efectividad. Dicho informe debe incluir al menos la siguiente la información:

Informe de la Investigación
1. Descripción de la situación epidemiológica antes de la aparición del brote y de la situación actual que ha conducido a la investigación (¿qué ha pasado y quién ha promovido la investigación?)
2. Descripción de los casos (persona, tiempo y lugar) <ul style="list-style-type: none"> • Definición de caso operacional (sospechoso y confirmado) • Principales características de los casos (iniciales del nombre, cédula, edad, sexo, fecha de hospitalización, fecha de inicio de síntomas, diagnóstico inicial, fecha de toma de muestra, microorganismo aislado, fecha de colocación de dispositivo invasivo o de realización de procedimiento quirúrgico, fecha de defunción) • Mapa de localización de los casos • Curva epidémica
3. Explicación de las posibles causas, formas y rutas de propagación (hipótesis)
4. Descripción de las medidas de prevención y control individuales y colectivas para controlar la propagación de la infección: tratamiento, inmunización (si aplica), pruebas, quimioprofilaxis, control ambiental, etc.
5. Conclusiones y Recomendaciones a mediano y largo plazo sobre las causas del brote para la prevención de episodios similares en el futuro.



Departamento Nacional de Epidemiología
Seguimiento de pacientes expuestos a dispositivos invasivos
Plantilla de Denominadores mensuales para Monitoreo de Dispositivos

Mes: _____ Unidad/Sala: _____

N° de pacientes: _____ N° de ingresos: _____

Día	N° de ingresos nuevos	N° pacientes por día	Total de pacientes con DI		
			CUP	CVC	VMI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Total					



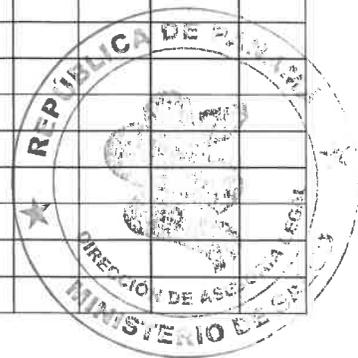
DI: dispositivo invasivo; CUP: catéter urinario; CVC: catéter vía central; VMI: ventilación mecánica invasiva



Departamento Nacional de Epidemiología
Seguimiento de neonatos expuestos a dispositivos invasivos según peso al nacer
Plantilla de Denominadores mensuales para Monitoreo de Dispositivos

Mes: _____

Día	N° de ingresos nuevos	N° pacientes por día	Total de Pacientes con DI											
			< 1000 g			1001 - 1500 g			1501 - 2500 g			> 2500 g		
			N°Picc	N°CUMB	N°VMI	N°Picc	N°CUMB	N°VMI	N°Picc	N°CUMB	N°VMI	N°Picc	N°CUMB	N°VMI
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
Total														



CUMB: catéter umbilical; Picc: catéter de inserción periférica; VMI: ventilación mecánica invasiva



INSTRUCTIVO DE LA PLANTILLA DE DENOMINADORES MENSUALES PARA MONITOREO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS

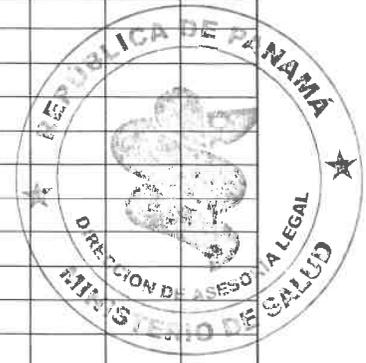
1. **Día:** registrar la fecha correspondiente al día
2. **Número de ingresos nuevos:** se anota el número total de pacientes que ingresan a la Unidad/Sala a partir de las 12 medianoche hasta las 12 medianoche del día que se realiza la vigilancia.
3. **Número de pacientes por día:** se anota el número total de pacientes que se encuentra hospitalizado en UCI/Sala en un día determinado.
La sumatoria del N° de pacientes por día nos da el total de pacientes día en el mes.
4. **Total de pacientes con DI:** anotar diariamente el número de pacientes que tiene un dispositivo invasivo (catéter urinario, catéter de vía central, ventilación mecánica).
La sumatoria de cada columna nos da el número total de días de exposición al dispositivo invasivo en el mes y se utiliza como denominador para el cálculo de la densidad de incidencia de IAAS asociada a cada dispositivo.



**Registro Mensual para procedimientos quirúrgicos
Plantilla de Denominadores mensuales para la Vigilancia de ISQ**

Mes: _____

Tipo de Procedimiento	Número de procedimientos por tipo de herida				Total
	L	LC	C	S	
Amputación					
Apendicectomía					
Esplenectomía					
Cirugía de la vía biliar					
Cardiaca no coronaria					
Cabeza y cuello					
Cesárea					
Colecistectomía abierta					
Colecistectomía laparoscópica					
Craneotomía					
Bypass coronario c/safena					
Bypass coronario s/safena					
Cirugía de intestino delgado					
Derivaciones ventriculares					
Otras cirugías endocrinas					
Reducción abierta con fijación externa					
Cirugía gástrica					
Cirugía colónica					
Histerectomía abdominal					
Histerectomía vaginal					
Herniorrafia					
Laminectomía					
Laparoscopia					
Cirugía de mama					
Otras cirugías cardiovasculares					
Cirugía oftalmológica					
Otras cirugías ganglionares					
Otras cirugías gastrointestinales					
Otras cirugías genitourinarias					
Otras cirugías osteomusculares					
Otras cirugías neurológicas					
Otras cirugías obstétricas					
Otras cirugías de piel y tejido celular subcutáneo					
Otras cirugías de prótesis					
Otras cirugías respiratorias					
Otras cirugías otorrinolaringológicas					
Cirugía plástica					
Cirugía de prótesis de cadera					
Cirugía de prótesis de rodilla					



República de Panamá
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social - Instituciones privadas
Dirección General de Salud Pública
Departamento Nacional de Epidemiología
Formulario de IAAS, factor de riesgo principal y microorganismo aislado

Hospital: _____

Mes: _____

Instrucciones: anotar el nombre del microorganismo (género y especie) causante de la IAAS y número de infecciones producidas por el MO según dispositivo invasivo, procedimiento quirúrgico y área de hospitalización donde ocurre la infección.

Neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI

Microorganismo aislado	# infecciones

Neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI Neonatal

Microorganismo aislado	# infecciones

Neumonía asociada a ventilación mecánica en Sala

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del torrente sanguíneo asociada a CVC en UCI

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del torrente sanguíneo asociada a CVC en UCI Neonatal

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del torrente sanguíneo asociada a CVC en Sala

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del tracto urinario asociada a CUP en UCI

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del tracto urinario asociada a CUP en UCI Neonatal

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del tracto urinario asociada a CUP en Sala

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del sitio quirúrgico superficial

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del sitio quirúrgico profundo

Microorganismo aislado	# infecciones

Infección del sitio quirúrgico órgano espacio

Microorganismo aislado	# infecciones



Referencias Bibliográficas

Surveillance definitions for specific types of infections. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/ National Healthcare Safety Network (NHSN). 2022

National Healthcare Safety Network (NHSN). Patient Safety Component Manual. January 2022

Klompas M., et al. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events and nonventilator hospital-acquired pneumoniae in acute care hospitals: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Buetti N., et al. (2022). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Payal PK., Advani SD., Kofman AD., et al. (2022). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Calderwood MS, Anderson DJ, Bratzler DW, et al. (2022). Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update.

Moreno-Ruiz LA, Santos-Martínez LE, et al. (2022). Estrategia de Follow Up en la gestión de la estancia hospitalaria. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2022;60(4): 425-32.

Mapa microbiológico hospitalario: Herramienta para monitorear la resistencia a los antimicrobianos. Ministerio de Salud. Perú 2022.

Manual del Sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención en salud. Ministerio de Salud. Chile 2021

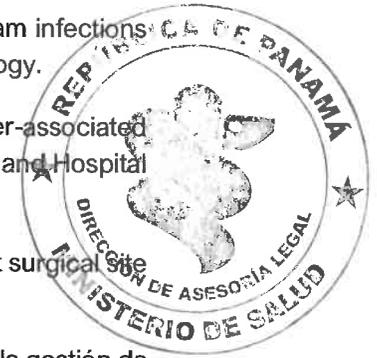
Actualización de definiciones y criterios de notificación de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) para la vigilancia epidemiológica. Ministerio de Salud. Chile 2021

Indicadores de Referencia de Infecciones asociadas a la atención en salud. Ministerio de Salud de Chile. Circular C37 N°03 de 01 junio 2021

Ojeda-Méndez C, Palomino-Pacichana D, et al. Factores asociados con estancia hospitalaria prolongada en una unidad geriátrica de agudos. *Acta Médica Colombiana*. 2021; 46(1): 7-13

Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2018

Protocolo de vigilancia epidemiológica y control de brotes por IRAS. Sistema de vigilancia epidemiológica y alerta. Madrid, España. 2017



Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Brote de infecciones asociadas a la atención de salud. Instituto Nacional de Salud. Colombia. 2017

Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2017

Manual de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de la salud. Ministerio de Salud. Paraguay. 2017

Protocolo de Vigilancia y Control de Brotes por IRAS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA). Argentina. 2017

Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Secretaría de Salud. México. 2016

Protocolo General de Vigilancia y Control de microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, España. 2016

Clasificación de heridas operatorias. Sociedad Chilena de Cirugía. 2016

Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo P. Duración de la estancia hospitalaria: Metodologías para su intervención. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Bogotá, Colombia. 2014; 13(27): 274-295

Vetrano D, Landi F, et al. Predictors of length of hospital stay among older adults admitted to acute care wards: a multicentre observational study. European Journal of Internal Medicine. 2014; 25: 56-62

Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud en neonatología. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2013

Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud: Información para gerentes y directivos. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 2012

Acosta-Gnass, S. Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 2011

Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 2da edición, 2011

Guía de Evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 2da edición, 2011

Malagón-Londoño, Carlos. Infecciones Intrahospitalarias. Editorial Panamericana Edición. 2010

Clasificación funcional actualizada de las betalactamasas. Revista de la Sociedad Americana de Microbiología. Volumen 54, número 3. 2010.



Guía Práctica de Prevención de infecciones nosocomiales. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 2ª Edición. 2002

Manual de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. Ministerio de Salud. Perú, 2000.

García, G.JJ. Medición del riesgo en epidemiología. Revista Mexicana de Pediatría 1998; Vol. 65 Número 2: 76-83

Baños, J; Brotons, C. Glosario de Investigación clínica y epidemiológica. Fundación Antonio Esteve

Instituto Nacional de Censo y Estadística. Contraloría General de la República. Disponible en: <https://www.inec.gob.pa/archivos/p4251conceptos.pdf>

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11. Disponible en: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/es/release





República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 460 PANAMÁ, 2 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **KAREN CASTELLANOS PACHECO**, natural de **COLOMBIA**, mediante apoderada legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 3o. del artículo 10 de la Constitución Política y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que la peticionaria obtuvo Permanencia Definitiva, concedida mediante Resolución No. 3,875 del 31 de mayo de 2005.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que la peticionaria no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. **E-8-94044**, expedido por la Directora Regional de Cedulación de Colón, a nombre de la peticionaria.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por la Dra. Mary Liz Morris M.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que la peticionaria cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre de la peticionaria, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Certificación autenticada, expedida por el Consulado General de Colombia en Panamá, donde se acredita la Ley de Reciprocidad No. 43 de 1 de febrero de 1993, por medio de la cual se establecen las normas relativas a la adquisición, renuncia, pérdida y recuperación de la nacionalidad Colombiana a favor de la peticionaria.
- h) Copia de la Resolución No. 454 de 1 de octubre de 2018, expedida por el Tribunal Electoral.
- i) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que la peticionaria cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.





KAREN CASTELLANOS PACHECO
COLOMBIANA
E-8-94044

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de KAREN CASTELLANOS PACHECO.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE


JOSÉ RAÚL MULINO QUINTERO
Presidente de la República


FRANK ALEXIS ABREGO
Ministro de Seguridad Pública




REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL






República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 462 PANAMÁ, 2 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **WANYING CHEN**, natural de **CHINA**, mediante apoderada legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 2o. del artículo 10 de la Constitución Política y del Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que la peticionaria obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 2,788 del 29 de junio de 1999.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que la peticionaria no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. **E-8-79203**, expedida por la Directora Regional de Cedulación de Panamá Centro, a nombre de la peticionaria.
- d) Certificado de Matrimonio expedida por la Dirección Nacional del Registro Civil, inscrito en el Acta 8-275-1989, en la Provincia de Panamá, donde se comprueba el vínculo existente entre el panameño Enrique Guzmán Castrellón Villarreal y la peticionaria.
- e) Certificado de Nacimiento expedido por la Dirección Nacional de Registro Civil, inscrito en el Tomo 159, Partida 689, en la Provincia de Veraguas, donde se comprueba la nacionalidad panameña del cónyuge de la peticionaria.
- f) Certificados de Nacimiento expedido por la Dirección Nacional de Registro Civil, inscrito en el Tomo 994, Partida 76, en la Provincia de Panamá, donde se comprueba la nacionalidad panameña de la hija de la peticionaria.
- g) Certificado de Buena Salud, expedido por la Dra. Algis T. Torres.
- h) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que la peticionaria cumple con sus obligaciones fiscales.
- i) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre de la peticionaria, donde se acredita la nacionalidad.
- j) Copia de la Resolución No. 140 del 11 de marzo 2019, emitida por el Tribunal Electoral.
- k) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que la peticionaria cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 del 22 de febrero de 2008.





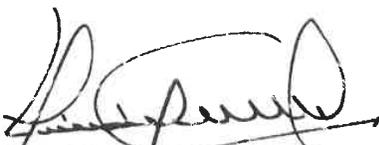
WANYING CHEN
CHINA
E-8-79203

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

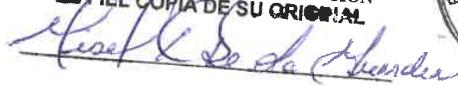
EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de **WANYING CHEN**.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.


JOSE RAÚL MOLINO QUINTERO
Presidente de la República


FRANK ALEXIS ABREGO
Ministro de Seguridad Pública




REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL


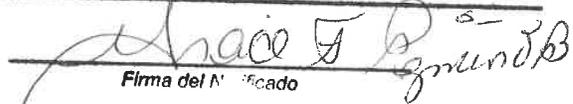


Hoy 16 de Diciembre de 2024

Notifiqué GRACE F. RAZMINO B

de la Resolución anterior siendo las 8:47

de la MAÑANA


Firma del Notificado





República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO

MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 468 PANAMÁ, 2 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **ALEJANDRO GOLDSTEIN LAMSCHEIN**, natural de **URUGUAY**, mediante apoderada legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 1o. del artículo 10 de la Constitución Política y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que el peticionario obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 18,847 del 22 de septiembre de 2010.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que el peticionario no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. **E-8-105556**, expedida por el Director Regional de cedulación de Panamá centro, a nombre del peticionario.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. Javier Girón H.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que el peticionario cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre del peticionario, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No. 438 del 24 de septiembre de 2018, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que el peticionario cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 del 22 de febrero de 2008.





ALEJANDRO GOLDSTEIN LAMSCHEIN
URUGUAY
E-8-105556

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de **ALEJANDRO GOLDSTEIN LAMSCHEIN**.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.

[Handwritten Signature]
JOSE RAUL MULINO QUINTERO
Presidente de la República

[Handwritten Signature]
FRANK ALEXIS ABREGO
Ministro de Seguridad Pública




REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
[Handwritten Signature]


Hoy 29 de Nov - de 20 24

Notifique Dora Alvarez

de la Resolución anterior siendo las 12:32 del

de la tarde

[Handwritten Signature]
Firma del Notificado

8-514-51





República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO

**MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN**

Resolución No. 469 PANAMÁ, 12 de Diciembre de 2023

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **JACKSON JOSÉ KRAINSKY**, natural de **BRASIL**, mediante apoderada legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda **CARTA DE NATURALEZA**, de conformidad con lo que establece el Ordinal 1º del Artículo 10 de la Constitución Política y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que el peticionario obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 9351 del 28 de julio de 2009.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que el peticionario no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. **E-8-100721**, expedida por el Director Regional de Cedulación de Panamá centro, a nombre del peticionario.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. Milthon Rodríguez R.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que el peticionario cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre del peticionario, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No. 342 del 18 de noviembre de 2020, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por la Directora General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que el peticionario cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.





JACKSON JOSÉ KRAINSKY
BRASILEÑA
E-8-100721

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de **JACKSON JOSÉ KRAINSKY**.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.

LAURENTINO CORTIZO COHEN
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA



JUAN MANUEL PINO F.
MINISTRO DE SEGURIDAD PÚBLICA





República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 470 PANAMÁ, 2 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que IZAMARY GUADALUPE MORENO OSUNA, natural de MEXICO, mediante apoderado legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el Ordinal 1o. del Artículo 10 de la Constitución Política y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que la peticionaria obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No.7859 del 27 de agosto de 2003.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que la peticionaria no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. E-8-110577, expedida por el Director Regional de Cedulación de Panamá Centro, a nombre de la peticionaria.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. Justino Camacho S.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que la peticionaria cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre de la peticionaria, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No.191 del 09 de mayo de 2018, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que la peticionaria cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.





REF: IZAMARY GUADALUPE MORENO OSUNA
NAC: MEXICANA
CED: E-8-110577

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

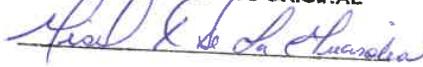
EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de IZAMARY GUADALUPE MORENO OSUNA.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.


JOSÉ RAÚL MULINO QUINTERO
Presidente de la República


FRANK ALEXIS ABREGO
Ministro de Seguridad Pública




REPÚBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL




Hoy 06 de DICIEMBRE de 2024

Notifique ANDRES ANUNADA ARANDA
de la Resolución anterior siendo las 11:02
de la MAÑANA


Firma del Notificado





República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO

MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 472 PANAMÁ, 2 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **MAURICIO ZAMBRANO MUZUZUE**, natural de **COLOMBIA**, mediante apoderada legal, solicita al organo Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 1o. del Artículo 10 de la Constitución Política de la República de Panamá y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que el peticionario obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 920 del 17 de enero de 2012.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que el peticionario no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. **E-8-107547**, expedida por el Director Regional de cedulação de Panamá centro, a nombre del peticionario.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. Aristides Coronado S.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que el peticionario cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre del peticionario, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No. 76 del 08 de abril de 2024, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que el peticionario cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 del 22 de febrero de 2008.





MAURICIO ZAMBRANO MUZUZUE
COLOMBIANA
E-8-107547

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de MAURICIO ZAMBRANO MUZUZUE.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.

[Handwritten Signature]
JOSÉ RAÚL MULINO QUINTERO
Presidente de la República

[Handwritten Signature]
FRANK ALEXIS ABREGO
Ministro de Seguridad Pública



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
[Handwritten Signature]





República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
Resolución No. 480 PANAMÁ, 28 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **JOSEPH BERNARD CARUSO**, natural de **LOS ESTADOS UNIDOS**, mediante apoderado legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 1o. del artículo 10 de la Constitución Política y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que el peticionario obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 25889 del 14 de septiembre de 2015.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que el peticionario no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. **E-8-138163**, expedida por el Director Regional de Cedulación de Panamá Centro, a nombre del peticionario.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por la Dra. Dora Romines.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que el peticionario cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre del peticionario, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No.173 de 02 de julio de 2024, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que el peticionario cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.



REF: JOSEPH BERNARD CARUSO
 NAC: ESTADOUNIDENSE
 CRP: E-8-138163

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de **JOSEPH BERNARD CARUSO**.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE


JOSÉ RAÚL MULINO QUINTERO
 Presidente de la República

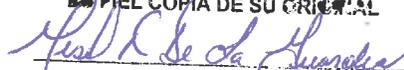

FRANK ALEXIS ABREGO
 Ministro de Seguridad Pública



Hoy 13 de enero de 20 25

Notifique Lidia Ana Lugo
 de la Resolución anterior siendo las 4:55 de la mañana
 de la deñana


 Firma del Notificado


 REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
 ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL






República de Panamá
 ÓRGANO EJECUTIVO
 MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN



Resolución No. 488 PANAMÁ, 28 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
 en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **MARÍA DEL LORETO PAREDES NOVELLA**, natural de **ESPAÑA**, mediante apoderado legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda **CARTA DE NATURALEZA**, de conformidad con lo que establece el ordinal 3o. del artículo 10 de la Constitución Política de la República de Panamá y del Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que la peticionaria obtuvo Permanencia Definitiva, concedida mediante Resolución No. 18,654 de 24 de septiembre de 2013.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que la peticionaria no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada de Carné de Residente Permanente No. **E-8-116767**, expedida por la Subdirectora Nacional de Cedulación, a nombre de la peticionaria.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por la Dra. Anabel Trujillo.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que la peticionaria cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre de la peticionaria, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Certificación autenticada, expedida por el Consulado General de España en Panamá donde se acredita la ley de reciprocidad N° 36 de 08 de octubre de 2002, por medio de la cual se establecen las normas relativas a la adquisición, renuncia, pérdida y recuperación de la nacionalidad Española, expresado por el artículo 22 del Código Civil de España y se dictan otras disposiciones a favor de la peticionaria.
- h) Copia de la Resolución No. 134 de 11 de abril de 2016, expedida por el Tribunal Electoral.
- i) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que la peticionaria cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 del 22 de febrero de 2008.



REF: **MARÍA DEL LORETO PAREDES NOVELLA**
 NAC: **ESPAÑOLA**
 CED: **E-8-116767**

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de **MARÍA DEL LORETO PAREDES NOVELLA.**

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE


JOSÉ RAÚL MULINO QUINTERO
 Presidente de la República


FRANK ALEXIS ABREGO
 Ministro de Seguridad Pública




 REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
 ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL






República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO



MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
Resolución No. 492 PANAMÁ, 28 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **JAYSHREE RAM WADHWANI**, nacional de la **INDIA**, mediante apoderada legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal N°1 del artículo 10 de la Constitución Política y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que la peticionaria obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 3196 del 05 de enero de 1989.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que la peticionaria no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. E-8-54255, expedida por el Director Regional de Cedulación de Panamá Centro, a nombre de la peticionaria.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. Mario A. Tuñón.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que la peticionaria cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre de la peticionaria, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No.442 de 13 de noviembre 2014, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que la peticionaria cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.



REF: JAYSHREE RAM WADHWANI
 NAC: INDIA
 CRP: E-8-54255

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de JAYSHREE RAM WADHWANI.
 COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE

[Handwritten Signature]
 JOSÉ RAÚL MULINO QUINTERO
 Presidente de la República


 REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
 ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]
 FRANK ALEXIS ABREGO
 Ministro de Seguridad Pública



Hoy 14 de Junio de 20 25
 Notifique licdo Edgardo Cepedillo
 de la Resolución anterior siendo ...
 de la ...
[Handwritten Signature]
 Firma del Notificado





República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 512 PANAMÁ, 28 de octubre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que MARIA DEL SOCORRO CASTILLO MEJÍA, natural de COLOMBIA, mediante apoderado legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el Ordinal 1° del Artículo 10 de la Constitución Política y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que la peticionaria obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 2807 del 17 de febrero de 2012.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que la peticionaria no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. E-8-108301, expedida por el Director Regional de Cedulación de Panamá Centro, a nombre de la peticionaria.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. Luis M. Meléndez.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que la peticionaria cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre de la peticionaria, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No. 194 del 26 de junio de 2017, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que la peticionaria cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.



REF: MARIA DEL SOCORRO CASTILLO MEJÍA
 NAC: COLOMBIANA
 CRP: E-8-108301

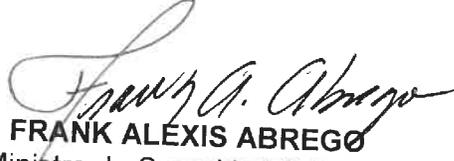
En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

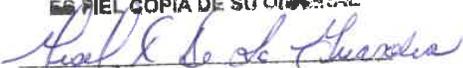
EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de MARIA DEL SOCORRO CASTILLO MEJÍA.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.


JOSÉ RAÚL MULINO QUINTERO
 Presidente de la República


FRANK ALEXIS ABREGO
 Ministro de Seguridad Pública




 REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
 ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL






República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO

MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 549 PANAMÁ, 26 de Noviembre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **SHAILESHKUMAR DEVABHAI AHIR**, natural de la **INDIA**, mediante apoderado legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 1o. del Artículo 10 de la Constitución Política de la República de Panamá y del Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que la peticionaria obtuvo Permanencia Definitiva, concedida mediante Resolución No. 8966 del 22 de diciembre de 2005.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que la peticionaria no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada de Carné de Residente Permanente No. **E-8-94249**, expedida por el Director Nacional de Cedulación de Panamá Centro, a nombre del peticionario.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por la Dr. Carlos M. Owens.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que la peticionaria cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre de la peticionaria, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No. 393 del 12 de noviembre de 2012, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Nota rendida por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que el peticionario cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 del 22 de febrero de 2008.



REF: **SHAILESHKUMAR DEVABHAI AHIR**
NAC: **INDIA**
CED: **E-8-94249**

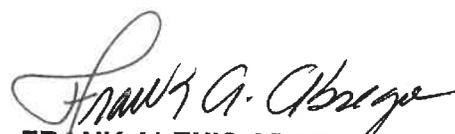
En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

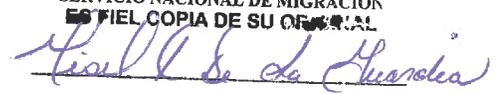
EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de **SHAILESHKUMAR DEVABHAI AHIR**.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE


JOSE RAÚL MULINO QUINTERO
~~Presidente de la República~~


FRANK ALEXIS ABREGO
Ministro de Seguridad Pública




REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
FIEL COPIA DE SU ORIGINAL






República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 561 PANAMÁ, 27 de Noviembre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **ALVARO RUIZ DE ALDA MORENO**, natural de **ESPAÑA**, mediante apoderada legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 1o. del artículo 10 de la Constitución Política y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que el peticionario obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 15555 de 19 de agosto de 2013.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que el peticionario no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. **E-8-117086**, expedida por el Director Regional de cedulação de Panamá centro, a nombre del peticionario.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. José A. Gómez L.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que el peticionario cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre del peticionario, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No. 430 del 19 de septiembre de 2018, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que el peticionario cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 del 22 de febrero de 2008.



REF: **ALVARO RUIZ DE ALDA MORENO**
 NAC: **ESPAÑA**
 CED: **E-8-117086**

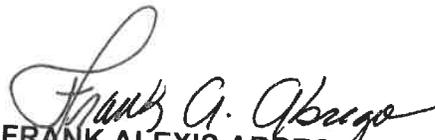
En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

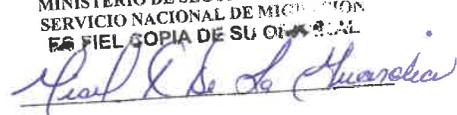
EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de **ALVARO RUIZ DE ALDA MORENO**.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.


JOSÉ RAÚL MULINO QUINTERO
 Presidente de la República


FRANK ALEXIS ABREGO
 Ministro de Seguridad Pública




 REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
 ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL






República de Panamá
ÓRGANO EJECUTIVO

MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 569 PANAMÁ, 27 de Noviembre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que **GABRIEL GUSTAVO MORALES MATAMOROS**, natural de **COSTA RICA**, mediante apoderada legal, solicita al organo Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 1o. del artículo 10 de la Constitución Política de la República de Panamá y Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que el peticionario obtuvo Permanencia Definitiva, autorizada mediante Resolución No. 30452 del 23 de octubre de 2015.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que el peticionario no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de carnet de residente. No. **E-8-146349**, expedida por el Director Regional de cedulação de Panamá centro, a nombre del peticionario.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. Aristides Coronado.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que el peticionario cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre del peticionario, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No. 166 de 27 de junio de 2024, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Informe rendido por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que el peticionario cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 del 22 de febrero de 2008.



REF: **GABRIEL GUSTAVO MORALES MATAMOROS**
 NAC: **COSTARRICENSE**
 CED: **E-8-146349**

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

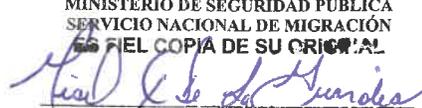
EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de **GABRIEL GUSTAVO MORALES MATAMOROS**.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.


JOSE RAUL MULINO QUINTERO
 Presidente de la República


FRANK ALEXIS ABREGO
 Ministro de Seguridad Pública




 REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL






República de Panamá

ÓRGANO EJECUTIVO
MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIÓN

Resolución No. 589 PANAMÁ, 11 de Diciembre de 2024.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
En uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que DANIELLA CRISTINA CARREÑO ACEITUNO, natural de VENEZUELA, mediante apoderado legal, solicita al Órgano Ejecutivo por conducto del Ministerio de Seguridad Pública, que se le conceda CARTA DE NATURALEZA, de conformidad con lo que establece el ordinal 1o. del Artículo 10 de la Constitución Política de la República de Panamá y del Decreto Ley 3 de 22 de febrero de 2008.

Que con la solicitud se presentan los siguientes documentos:

- a) Certificación expedida por el Servicio Nacional de Migración, donde consta que la peticionaria obtuvo Permanencia Definitiva, concedida mediante Resolución No. 4491 del 28 de marzo de 2007.
- b) Certificación expedida por la Dirección de Investigación Judicial, donde consta que la peticionaria no registra antecedentes penales.
- c) Copia autenticada del Carné de Residente Permanente No. E-8-159713, expedida por el Director Regional de Cedulación de Panamá Centro, a nombre de la peticionaria.
- d) Certificado de Buena Salud, expedido por el Dr. Arístides Coronado S.
- e) Certificación de Paz y Salvo expedida por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde consta que la peticionaria cumple con sus obligaciones fiscales.
- f) Copia autenticada del pasaporte del país de origen a nombre de la peticionaria, donde se acredita la nacionalidad.
- g) Copia de la Resolución No. 227 del 22 de agosto de 2024, expedida por el Tribunal Electoral.
- h) Nota rendida por el Director General del Servicio Nacional de Migración, donde indica que la peticionaria cumple con lo preceptuado en el Decreto Ley 3 del 22 de febrero de 2008.



REF: DANIELLA CRISTINA CARREÑO ACEITUNO
 NAC: VENEZOLANA
 CED: E-8-159713

En virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia.

RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de DANIELLA CRISTINA CARREÑO ACEITUNO.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE.



REPUBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA
 SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES
 ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Ricardo R. Rangel B.

[Firma manuscrita]
JOSE RAÚL MULINO QUINTERO
 Presidente de la República

[Firma manuscrita]
FRANK ALEXIS ABREGO
 Ministro de Seguridad Pública



Hoy 10 de enero de 2025

Notifique Ricardo R. Rangel B.

de la Resolución anterior siendo las 8:37 am

de la mañana

[Firma manuscrita]
 Firma del Notificado

