



Nº 253 -2022/HAPCSR-II-2-UGRH

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

27 MAY 2022

Veintiséis de Octubre,

VISTO: Plan de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS; Informe N° 105-2022/HAPC.SR II-2.430020174 de fecha 22 de Marzo del 2022, y demás actuados;

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Supremo N° 008-2020-SA, declara Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario, dictando medidas de prevención y control del COVID-19; motivada en la calificación de la Organización Mundial de la Salud, como pandemia al haberse extendido en más de cien países del mundo de manera simultánea el brote del COVID-19; dicho plazo fue prorrogado a partir del 10 de junio hasta el 07 de septiembre del 2020 a través del Decreto Supremo 020-2020-SA y con Decreto Supremo N° 027-2020-SA, se prorroga a partir del 8 de setiembre de 2020 por un plazo de noventa (90) días calendarios; con Decreto Supremo N° 031-2020-SA se prorroga la emergencia sanitaria, a partir del 7 de diciembre de 2020 por un plazo de noventa (90) días calendarios; con Decreto Supremo N° 009-2021-SA, el gobierno dispuso la prórroga de la declaratoria de la emergencia sanitaria por la presencia de la COVID-19 en nuestro país, por un plazo de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir del 7 de marzo del 2021; con Decreto Supremo 025-2021-SA, el gobierno dispuso la prórroga de la declaratoria de la emergencia sanitaria por un plazo de 180 días calendario contados a partir del 3 de setiembre del presente año; con Decreto Supremo 003-2022-SA, el gobierno dispuso la prórroga de la declaratoria de la emergencia sanitaria por un plazo de 180 días calendario contados a partir del 2 de Marzo del 2022;

Que, los numerales Iyll del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la Salud es condición Indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, por Decreto Supremo N 052-2010-PCM, se crea la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, de naturaleza permanente, que depende del Ministerio de Salud, cuya función es abordar la problemática relacionada con la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias;

Que, con Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud";

Que, mediante Plan de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, tiene por objetivo contribuir a la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), mediante la generación de información oportuna para la toma de decisiones. Estandarizar los procesos de la vigilancia epidemiológica, establecer los procesos de laboratorio, estandarizar los instrumentos y la notificación de la vigilancia epidemiológica de las IAAS en formato digital de la página WEB del CDC;

Que, con Informe N° 105-2022/HAPC.SR II-2.430020174 de fecha 22 de Marzo de 2022, emitido por la Jefa de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, solicita la revisión y aprobación mediante Resolución Directoral del "Plan de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura, para que sea remitido al CDC; con proveído del Director Ejecutivo del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura, autoriza la emisión del acto resolutorio;

Que, con el visto bueno de la Oficina de Administración, Unidad de Gestión de Recursos Humanos, Asesor Legal, Legajos y Escalafón;

En uso de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA del 31 de Octubre del 2017; Ordenanza Regional N° 254-2012/GRP-CR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa - Piura; Ordenanza Regional N° 457-2020/GRP-CR de fecha 30 de Noviembre del 2020; "Aprueban modificación del Cuadro para Asignación de Personal Provisional (CAP-P) de las Unidades Ejecutoras de Salud del Pliego 457 Gobierno Regional Piura y la Resolución Ejecutiva Regional N° 086-2021/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR, de fecha 05 de Noviembre de 2021; que designa a partir del día siguiente del presente resolutorio al **Médico RAUL JUNIOR GONZALES NAVARRO**, en el cargo de Director del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II 2, cargo considerado de confianza en el Gobierno Regional Piura.

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, el PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS) EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2 PIURA, el mismo que consta de Veintiocho (28) folios, debidamente visados, los que forman parte de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- Hágase de conocimiento a los interesados y las unidades administrativas del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa.

Regístrese; comuníquese y Archívese

RJGN/JCGC/WSGR/sspj



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2
Dr. Raúl Junior Gonzales Navarro
DIRECTOR EJECUTIVO
MEDICO NEFROLOGO
CMP: 43385 - RNE: 32545



PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IAAS



HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
PIURA, 2022

Dr. Raúl Junior Gonzales Navarro

DIRECTOR

Equipo Técnico

Enf. Epidemióloga Nathaly Blanca Flor Mendoza Farro

Jefe Unidad Epidemiología y Salud Ambiental

María Bethzabe Timoteo Castañeda

Responsable Vigilancia IAAS





I. INTRODUCCIÓN

El hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa - Piura, de nivel II-2, perteneciente al Gobierno Regional de Piura, ubicado en el distrito Veintiséis de octubre, cuenta con una oferta hospitalaria de 254 camas, de las cuales 102 corresponden al área COVID - 19 y 152 a No COVID -19. Se mantiene una PEA de 1267 trabajadores, distribuidos en seis sedes de atención, que brindan atención médico-quirúrgica en las cuatro especialidades básicas y en subespecialidades. Dentro de las que tenemos: cardiología, gastroenterología, dermatología, psiquiatría, endocrinología, infectología, medicina interna, medicina física y rehabilitación, hematología, medicina familiar, nefrología, urología, neurología, otorrinolaringología, traumatología, cirugía plástica, oncología clínica y quirúrgica, anestesiología, ginecoobstetricia, cuidados intensivos. Así mismo se brinda atenciones en hemodiálisis, centro de atención oftalmología, oncología y rehabilitación física. Radiodiagnóstico (tomografía, ecografía, mamografía, densitometría, endoscopia), laboratorio clínico, patología, microbiología, banco de sangre, epidemiología farmacia, nutrición y servicio social. Es el establecimiento hospitalario de la región, que brinda la primera respuesta frente a situaciones de emergencias y desastres que sufra la región como son el fenómeno de El Niño Costero la Pandemia de Covid 19.

La vigilancia de las IAAS en el hospital se inicia desde el año 2004, y se han mantenido constante, hasta marzo del 2020, que se interrumpe por la dedicación de los recursos exclusivamente a la atención de la Pandemia por Covid 19, y se reinicia en setiembre del mismo año, manteniendo en los dos últimos años tasas altas de IAAS, con énfasis en las infecciones asociadas al uso del ventilador mecánico.

II. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

a) OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), mediante la generación de información oportuna para la toma de decisiones.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estandarizar los procesos de la vigilancia epidemiológica de las IAAS en el Hospital de la Amistad Perú- Corea. Santa Rosa II-2. Piura
- Establecer los procesos de laboratorio, como apoyo al diagnóstico de las IAAS.



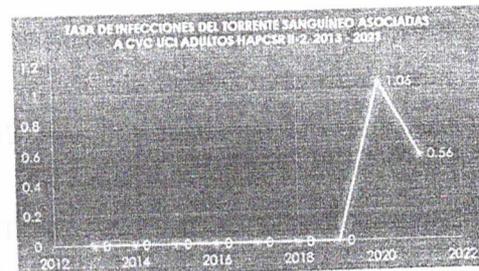
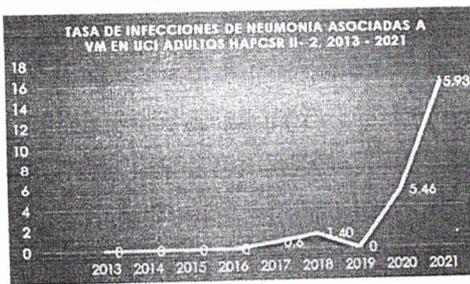


- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".

V. SITUACIÓN DE LAS IAAS EN EL HOSPITAL

La presencia de COVID 19, en la región, generó un impacto negativo muy fuerte en el incremento de las IAAS, situación similar a la ocurrida en el mundo, relacionada a diversos factores como desconocimiento del manejo y tratamiento de los casos, automedicación, inadecuado manejo prehospitalario, resistencia antimicrobiana, uso no optimizado de antimicrobianos, personal de salud con poca experiencia y especialidad en el área, sobrecarga de pacientes, pobre adherencia al lavado de manos y uso inadecuado de los equipos de protección personal, detención de los programas de control de infecciones y vigilancia epidemiológica.

Los años 2020 y 2021 se evidencian importantes incrementos en las IAAS, siendo el 2021, donde se registra con mayor exactitud los casos, por mantenerse una vigilancia activa diaria, a diferencia del 2020 donde los meses de marzo a agosto, no se realizó vigilancia. Siendo así, que la tasa de neumonía para el 2021, es de 15,93 por cada 1000 días de exposición a ventilador mecánico, triplicando el valor del 2020, sin embargo el valor del año 2020 es 5 veces más que el 2019, con una tasa de 5,46 por cada 1000 días de exposición a ventilador mecánico, relacionados a la presencia de Covid 19; la tasa de



infecciones al torrente sanguíneo de mantenerse históricamente en cero, el 2020





registra 1,06 casos por cada 1000 días de exposición al catéter venoso central, en el 2021 esta se reduce en 50%, con 0,56 casos por cada 1000 días de exposición al catéter venoso central, en el caso de las infecciones del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente se encontró que el 2021, es de 0,54 infecciones por cada 1000 días de exposición al CUP valor que previamente se mantenía en cero. Esta situación ocurre en los servicios en UCI adulto, donde su oferta de camas UCI, de 6 camas en 2019, se incrementa paulatinamente hasta 36 camas el 2021.

HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2; TIPO DE GERMEN EN IAAS. 2021



La vigilancia en los servicios de Gineco Obstetricia, incluyen la infección de herida operatoria en parto por cesárea (IHO), y la endometritis en parto vaginal y cesárea. La IHO, es una infección que el hospital prioriza

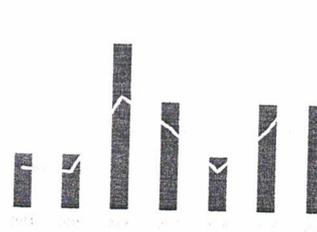


su vigilancia y control, dado que era la de mayor tasa dentro de las IAAS, el 2020 registra una tasa ligeramente mayor al 2019 con 0.6 por cada 100 cesáreas, y el 2021, se reduce a 0.2 por cada 100 cesáreas; manteniéndose las actividades de prevención en el servicio.

HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA PIURA: N. Y TASA DE ENDOMETRITIS EN PARTO VAGINAL 2014-2021



HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA PIURA: N. Y TASA DE ENDOMETRITIS POST CESAREA 2014-2021



Respecto a las endometritis en parto vaginal y cesárea, no se registran caso el 2021, en el año 2020 se registró una tasa de 0,2 por cada 100 partos por cesárea.





El servicio de neonatología, durante el 2021, ha incrementado el número de hospitalizados presentado problemas constantes de saturación y hacinamiento; las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a CVC, han aumentado en relación al histórico registrando 0,93 casos de infección al torrente sanguíneo por cada 1000 neonatos expuestos al CVC. Es uno de los servicios con mayor compromiso en la prevención y control de las infecciones y el cumplimiento de la bioseguridad.



Respecto al germen de mayor frecuencia, asociado a las IAAS, tenemos a Pseudomona, Acynetobacter y Klebsiella, debido al escaso desarrollo del área de microbiología del hospital es difícil determinar la especie de cada uno de ellos. Solo se cuenta en los casos que fueron remitidos a laboratorios particulares.

El 63,9% de casos de IAAS de los diferentes servicios del hospital lograron recuperarse del proceso infeccioso, y un 36,1% fallecieron, relacionados con sus procesos de morbilidad preexistente, edad y la presencia de las IAAS, estos ocurrieron principalmente en personas

afectadas por COVID -19.

Las IAAS, se presentaron mayormente en pacientes con COVID 19, neonatos pre términos, y puerperas posts cesáreas. Dentro las comorbilidades más frecuentes en los pacientes que cursaron con IAAS tenemos la obesidad, hipertensión arterial, diabetes.





Durante el 2021, se registran 28 accidentes laborales por punzocortantes, 64,3% en mujeres y 35,7% en varones, el grupo de edad de 20 a 29 años concentra el 42,9% de casos; el mayor número de casos ocurre en el mes de julio, posterior al ingreso de internos de medicina y enfermería. Por tipo de profesión, se encuentra al departamento de Enfermería

HAPCSR II-2 PROPORCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES POR MESES AÑO 2021

con mayor proporción de casos, acumulando el 50% de accidentes en los dos grupos de ocupacionales que integran el departamento (39,3% en Enfermeras y 10,7% Técnicos de Enfermería), seguido de Internos de Medicina y Enfermería 25%, es importante resaltar que un 7,1% de

HAPCSR II-7 PROPORCIÓN ACCIDENTES LABORALES POR TIPO DE PROFESION AÑO 2021

accidentes ocurren en personal de limpieza, quienes sufren accidentes relacionados con inadecuada eliminación de los punzocortantes.

El servicio de medicina presenta el 28,6% de accidentes y emergencia el 21,4% siendo los servicios con mayor registro de accidentes por punzocortantes del hospital.

HAPCSR II-8 PROPORCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES SEGUN SERVICIO DE PROCEDENCIA, AÑO 2021



El riesgo de los accidentes es alto debido a que el 71,4% ocurren con aguja hueca, y esta puede contener sangre oculta en el conducto de la misma. Al entrevistar al personal que sufre el accidente se encuentra que la mayoría de accidentes ocurren por mala eliminación del objeto punzocortante seguido por impericia del trabajador o inadecuada inmovilización del paciente.





A. DESCRIPCIÓN DE LA VIGILANCIA DE IAAS

A. 1 definiciones Operativas

1. Infecciones Asociadas a La Atención de Salud (IAAS): Condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su(s) toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal de la salud.

Se excluyen de la definición de IAAS:

- Infecciones asociadas a complicaciones o extensión de otra infección presente o en incubación al ingreso, a no ser que existan evidencias clínicas o de laboratorio que se trata de una nueva infección.
- Infecciones del recién nacido adquiridas por vía transplacentaria (por Ejemplo, herpes simple, toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus o sífilis) y se hacen evidentes dentro de las primeras 48 horas después del parto.
- Las colonizaciones definidas como la presencia de microorganismos de la piel, membranas mucosas, heridas abiertas, excreciones o Secreciones pero que no causan signos o síntomas adversos al huésped.
- Las inflamaciones generadas como respuesta del tejido a una lesión o Estimulación por agentes no infecciosos (intervención quirúrgica, punciones, entre otros,) o como resultado de la respuesta del organismo a compuestos químicos.

Definición de caso de IAAS: Se considera IAAS siempre que cumpla los siguientes criterios:

- Definición operativa de IAAS, establecida en el ítem anterior.
- Asociación del factor de riesgo vigilado. Se afirma que la IAAS es potencialmente causada por un factor de riesgo siempre y cuando no haya evidencia de alguna otra causa conocida.
- Criterios específicos según el tipo de IAAS. Es la combinación de hallazgos clínicos, resultados de laboratorio y otras pruebas para cada tipo de IAAS, establecidos en el Anexo

2. Vigilancia epidemiológica de las IAAS: Proceso continuo de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados





con la frecuencia y distribución de las IAAS de notificación obligatoria y otras optativas, según prioridad de la IPRESS. Se caracteriza por ser:

- **Selectiva:** La vigilancia se realiza en pacientes hospitalizados sometidos a factores de riesgo extrínsecos para IAAS sobre las que existe suficiente evidencia científica de que son prevenibles a través de medidas costo- efectivas.
- **Focalizada:** Prioriza la vigilancia a las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que presentan las tasas más altas de use de dispositivos médicos, procedimientos e intervenciones quirúrgicas seleccionadas en la IPRESS.
- **Activa:** Consiste en la búsqueda intencional de casos que cumplan con las definiciones de caso de IAAS establecidas en el Anexo 3 (para fines de vigilancia epidemiológica), mediante la revisión periódica de registros de vigilancia.
- **Permanente:** El personal responsable de la vigilancia dispone del tiempo suficiente para la búsqueda de las IAAS, según lo establecido por la presente norma.
- **Vigilancia posterior alta:** Es la búsqueda de casos de IAAS posterior al alta en pacientes sometidos a los procedimientos o las intervenciones quirúrgicas vigiladas. El periodo del seguimiento de los pacientes (Anexo 3) se realiza mediante la revisión de historias clínicas en consulta ambulatoria u hospitalización.

A. 2. Procesos De La Vigilancia Epidemiológica De Las IAAS:

Las prioridades y las necesidades de información de la Red de vigilancia de las IAAS varían entre los diferentes ámbitos de atención de la salud del hospital. Sin embargo, el proceso para poner en marcha la vigilancia es común en la atención hospitalaria y en la ambulatoria (Anexo 1). Tiene 5 fases establecidas:

1. Plan de vigilancia epidemiológica de las IAAS.
2. Recolección de datos, se realiza en forma activa para las áreas seleccionadas según norma, los días domingos y feriados serán recogida la información al día siguiente.
3. Análisis e interpretación de los datos, el informe e ingreso de información al sistema de vigilancia de IAAS del MINSA será de manera mensual, teniendo como fecha límite hasta los 7 primeros días del mes siguiente.





4. Comunicación y el uso de la información.
5. Evaluación de la vigilancia.

1. Plan de vigilancia epidemiológica de las IAAS: La IPRESS desarrolla un Plan de vigilancia epidemiológica de las IAAS anualmente en el que se incluyen los tipos de IAAS, los factores de riesgo y los servicios vigilados, según corresponda.

El espectro de estos eventos objeto de vigilancia puede ser incrementado en función de las necesidades locales, el nivel de especialización de la (PRESS y considerando los procesos de la vigilancia establecidos en la presente Norma Técnica de Salud (Anexo 1). La selección de estos eventos es determinada, entre otros factores, por:

1. La necesidad de vigilar infecciones específicas;
2. La mayor frecuencia de un tipo particular de infección;
3. La posibilidad de que se trate de un agente patógeno de alta transmisibilidad.
4. Las infecciones que producen altas tasas de letalidad aumentan la estancia hospitalaria media o los costos terapéuticos.

El listado de las IAAS sujetas a vigilancia epidemiológica obligatoria se encuentra en el Anexo 2 y los criterios específicos según el tipo de IAAS están señalados en el Anexo 3.

2. Recolección de datos: El personal responsable de la vigilancia de las IAAS visita diariamente a los servicios de neonatología, gineco-obstetricia y las unidades de cuidados intensivos, los servicios de medicina y cirugía.

La vigilancia de IAAS incluye:

- Revisar las fuentes de información (historia clínica, entrevista al paciente, cuidador y personal de la salud, libro de ingresos y egresos, libro de partos, reportes de laboratorio de microbiología u otros reportes de las UPSS, entre otros.) de los pacientes vigilados para detectar IAAS.
- Registrar en el formato de seguimiento de pacientes con factor de riesgo (dispositivos médicos), la información correspondiente al día de visita al servicio.
- En caso de sospecha de infección, aplicar los criterios de definición de caso y clasificarlo si corresponde o no a un caso de IAAS. Para todos los casos confirmados de IAAS, llenar la ficha de investigación epidemiológica.





- En el caso de los pacientes expuestos a factores de riesgo (procedimientos e intervenciones quirúrgicas), registrar en los formatos de la vigilancia epidemiológica de IAAS para los servicios de gineco-obstetricia y cirugía.
- El consolidado mensual de la información se registra en el aplicativo informático administrado por el CDC.

2.1 Eventos sujetos a vigilancia: Eventos sujetos a notificación obligatoria u otros según prioridad local (factor de riesgo, tipo de IAAS, servicio).

- **Vigilancia de IAAS en neonatos.** Los pacientes vigilados son registrados según categoría de peso al nacer, dentro de una de las siguientes categorías: Menor o igual a 750 g.; 751 a 1000 g.; 1001 a 1500 g.; 1501 a 2500 g.; y, mayor a 2500 g. Los pacientes deben permanecer en la misma categoría hasta el alta, dado que se considera el peso al nacer y no la variabilidad del mismo durante la internación.
- **Vigilancia de IAAS en puérperas:** Los datos se recogen en 2 oportunidades:
 - 1) Durante la estadía hospitalaria en unidades de obstetricia o de ginecología u otras salas, según corresponda; y, 2) Luego del alta de las pacientes, según la vigilancia posterior al alta por un periodo de hasta 30 días después del parto, búsqueda en HIS, atenciones en sistema Galenos.
- **Vigilancia de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ).** Pueden manifestarse dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica si no se deja un implante en el lugar o dentro de 1 año si hay implantes. Por lo que, se realiza la vigilancia posterior al alta considerando la o intervención quirúrgica.
- **Vigilancia de la exposición laboral a agentes patógenos de la sangre en el personal de la salud.** Esta vigilancia incluye como factor riesgo a los accidentes punzocortantes y otra exposición ocupacional (mucosa o piel no intacta) a agentes patógenos de la sangre (Ver Anexos 7 y 8).





2.2 Recursos: humanos, infraestructura y logísticos estructura de la vigilancia epidemiológica de las IAAS:

La vigilancia epidemiológica de IAAS debe realizarse en todas las IPRESS públicas y privadas a nivel nacional. La incorporación de las IPRESS en la Red de vigilancia de las IAAS es de carácter obligatorio.

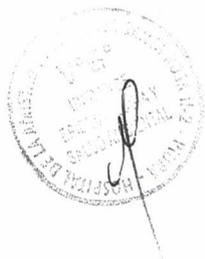
La red de vigilancia de las IAAS está conformada por el nivel local (Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2), el nivel regional (DIRESA Piura), según jurisdicción y el nivel nacional (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – CDC). Los tres niveles intervienen en el monitoreo, supervisión y evaluación de la referida Red de Vigilancia una vez al año, realizándose las coordinaciones previas a través de un documento oficial, para garantizar su cumplimiento.

2.3 Personal responsable de la vigilancia: Personal capacitado cuyas funciones incluyen detectar casos (numeradores) e identificar a las personas expuestas o la exposición al factor de riesgo vigilado (denominadores); llevar los registros; y, consolidar los datos, analizarlos y notificarlos, según corresponda. En su mayoría, estas funciones son realizadas por personal profesional de enfermería u otro profesional clínico capacitado en el tema. La disponibilidad del personal responsable para dedicación exclusiva corresponde de 1 por cada 100 camas programadas de la IPRESS.

El Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, Piura, garantiza el recurso necesario para la vigilancia epidemiológica de las IAAS: Personal responsable de la vigilancia Lic. Enf. María Bethzabe Timoteo Castañeda, personal capacitado con acceso a fuentes de información, disponibilidad horaria, mobiliario, equipo de cómputo con acceso a internet y recursos financieros.

2.4 Notificación de la vigilancia epidemiológica de las IAAS

El Hospital de la Amistad Perú- Corea Santa Rosa II-2, realiza la notificación de la vigilancia en el aplicativo informático del CDC hasta el séptimo día hábil del mes siguiente al mes vigilado.





El responsable de la vigilancia epidemiológica de la DIRESA PIURA o el que haga sus veces, consolida y realiza el control de calidad de la información notificada por la IPRESS según su jurisdicción.

3. Análisis e interpretación de los datos

Se consideran indicadores que generan la vigilancia epidemiológica para el análisis de las IAAS (Anexo 9), los siguientes:

Densidad de incidencia: Mide el número de casos nuevos en una cantidad determinada de persona tiempo en una población en riesgo, la cual está compuesta por aquellos que se encuentran expuestos y todavía no han sufrido la enfermedad. La densidad de incidencia indica la velocidad con la que van apareciendo los casos conforme se acumulan los tiempos de exposición de cada persona.

Densidad de

Incidencia

Nº de personas que contraen la enfermedad en un periodo determinado

x 1000

Suma de todos los periodos libres de la enfermedad durante el periodo definido en el estudio (tiempo-persona)

Incidencia acumulada: Medida que solo toma en cuenta los casos nuevos que provienen de una población expuesta a riesgo, delimitada al inicio del periodo de observación. Una incidencia alta nos permite prever que el problema se extenderá en poco tiempo a toda la población susceptible.

Nº de personas que contraen la enfermedad en un periodo determinado

x 100

Nº de personas de la población libres de la enfermedad susceptibles expuesta al riesgo al inicio del periodo

**Incidencia
Acumulada**

El análisis de datos de la vigilancia de las IAAS incluye la descripción de los casos notificados de IAAS, la tendencia de las tasas y las comparaciones con las tasas referenciales según el tipo de IAAS, identifica probables brotes, y conoce los microorganismos causales y su perfil de sensibilidad.

Para interpretar el significado de la tasa infección se requiere conocer en la práctica, el financiamiento de la Red de vigilancia de las IAAS y los riesgos cambiantes de la infección en la IPRESS. Si una tasa se desvía sustancialmente de la informada en periodos anteriores, debe fundamentarse





estadísticamente la diferencia por medio del cálculo de la desviación estándar.

A nivel local, se realizan reportes mensuales de las tasas de IAAS y los informes de análisis de los datos de la vigilancia se realizan con una periodicidad trimestral, teniendo como mínima 4 informes al año.

El financiamiento de las actividades de la vigilancia debe ser considerado dentro de las actividades operativas del hospital, dado que no existe financiamiento definido por CDC o estrategias sanitarias

a. Análisis de la Situación de las IAAS

i. Vigilancia regular:

1. Características epidemiológicas de los casos de IAAS
2. Tendencia de las tasas de IAAS (tasas por año)
3. Comparabilidad de las tasas locales con indicadores referenciales (priorización de tasas de IAAS)

ii. Brotes de IAAS (breve resumen)

b. Investigaciones epidemiológicas en brotes epidémicos

Se considera como brote epidémico:

- La ocurrencia de un mayor de número de casos en cantidad que supere a lo esperado (aumento a partir de un caso); o,
- La aparición de un nuevo (primer) caso por un microorganismo (parasito, virus, bacterias y hongos) con nuevo perfil de resistencia en el servicio o en la IPRESS o,
- Cambio del perfil de resistencia a los antimicrobianos, dentro de un periodo, lugar y población específica.

El estudio de brotes epidémicos es conducido por el responsable de la Oficina de Epidemiología o la que haga sus veces de la IPRESS; debiendo contar con el apoyo del Comité Local de Control de Infecciones y del jefe del servicio donde ocurre el evento.

La sospecha de un posible brote de IAAS puede provenir de 3 fuentes:

- Personal de la salud asistencial de servicios
- Personal de vigilancia: Durante las visitas o en el análisis de los resultados de la vigilancia activa.
- Laboratorio de microbiología: Durante la revisión de los resultados positivos de los cultivos de secreciones provenientes de pacientes con IAAS.





Las IPRESS, a través del responsable de la vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces, notifica brotes epidémicos de IAAS dentro de las 24 horas de constatado el evento vía web: <https://www.doc.gob.pe/notificar/>; y, por correo electrónico a la DIRIS/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces y al CDC.

Una vez notificado el brote epidémico al CDC, la IPRESS conserva las cepas y coordina la derivación de cepas al Laboratorio de Referencia Regional para el envío al Laboratorio de Referencia Nacional de Infecciones Intrahospitalarias del INS. El INS emite el informe de la confirmación diagnóstica especializada, derivando al CDC los resultados obtenidos.

Los informes de los brotes epidémicos (Informe inicial, seguimiento y/o final) son elaborados por la Oficina de Epidemiología o la que haga sus veces en la IPRESS, debiendo remitirlo a la Oficina de Epidemiología de la DIRESA/GERESA/DIRIS o la que haga sus veces, la cual lo deriva al CDC. El nivel regional y/o nacional brindan asistencia técnica en caso corresponda.

El CDC, en coordinación con el INS, la DGIESP o la que haga sus veces, la DIGESA, la DIGEMID, entre otros, elabora los informes de los brotes epidémicos, los cuales son remitidos a la Alta Dirección del Ministerio de Salud.

4. Comunicación y el uso de la información: Los resultados de las vigilancias se enviarán de forma mensual a los jefes de servicios, departamentos y dirección hospitalaria, así como al presidente del Comité de prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de salud del hospital y a la unidad de calidad, estadística. Haciendo llegar el archivo actualizado de sala situacional de IAAS.

5. Evaluación de la vigilancia.

Se establecen dos procesos importantes:

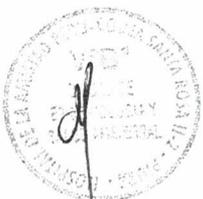
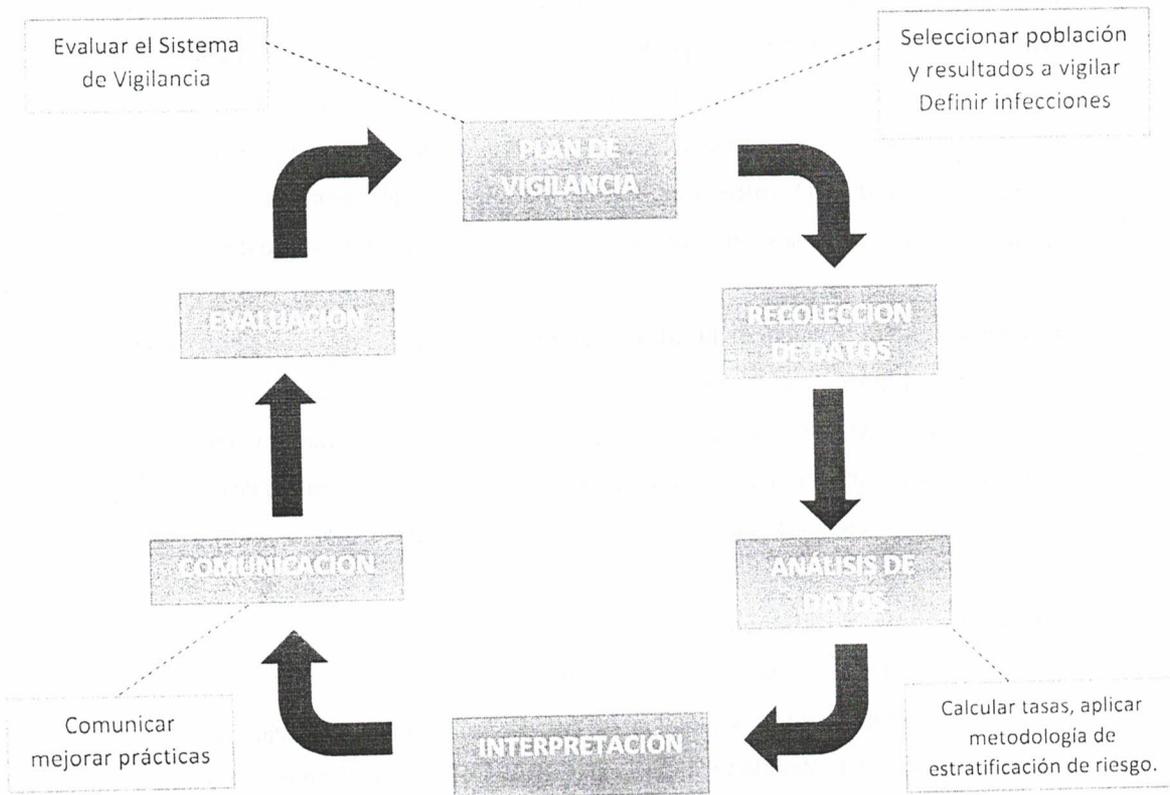
- i. Supervisión de la vigilancia (resultados relevantes): realizada en el marco de asistencia técnica, a cargo de la DIRESA o el nivel nacional, en base a las observaciones encontradas, se elabora un plan de mejora.
- ii. Estudios de prevalencia (resultados relevantes): Se ejecuta una vez al año en el marco de los lineamientos nacionales de los estudios de prevalencia, con financiamiento propio.





ANEXO 1

PROCESOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IAAS





ANEXO 2

LISTADO DE EVENTOS SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
OBLIGATORIA

| Nº | IAAS | FACTOR DE RIESGO | UPSS |
|----|--|--|--|
| 1 | Infección del torrente sanguíneo (Bacteriemia primaria y sepsis clínica) | Catéter Venosos Central (CVC) | Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal, Neonatología |
| | | Catéter venoso periférico (CVP) | UCI Neonatal y Neonatología |
| | | Nutrición Parenteral Total (NPT) | UCI Adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal. |
| | | Catéter para hemodiálisis | UCI Adultos. |
| 2 | Infección del tracto urinario | Catéter urinario permanente (CUP) | UCI Adultos, UCI Pediátricas, Medicina y Cirugía |
| 3 | Neumonía | Ventilador Mecánico (VM) | UCI Adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal. |
| 4 | Infección de sitio quirúrgico: Superficial y profundo | Colecistectomía por laparotomía | Cirugía adultos y pediátrica |
| | | Colecistectomía con laparoscopia | |
| | | Hernioplastia inguinal (HI) | |
| | | Parto por Cesárea (PC) | Gineco-Obstetricia |
| 5 | Endometritis puerperal | Parto por Cesárea (PC) | Gineco-Obstetricia |
| | | Parto Vaginal (PV) | |
| 6 | Exposición laboral a agentes patógenos de la sangre en personal de salud | Accidentes punzocortantes y salpicaduras | Todos los servicios |





ANEXO N° 3

1. Infección del Torrente Sanguíneo (ITS), incluye bacteriemia primaria y sepsis clínica: La ITS se clasifica en bacteriemia confirmada por laboratorio (BAC) o septicemia clínica (SCLIN). Las ITS pueden ser primarias o secundarias, según haya o no una infección en otro sitio que sea la causa. Para la vigilancia, solo se toma en cuenta la bacteriemia primaria confirmada por laboratorio, y la sepsis clínica precoz o tardía y asociada a catéter central o umbilical. Debe cumplir uno de los siguientes criterios:

| Bacteriemia primaria confirmada por laboratorio (BAC) | | SEPSIS CLÍNICA (SCLIN) |
|--|--|--|
| CRITERIO 1 | CRITERIO 2 | CRITERIO 1 |
| <p>a) En 1 o 6 más Hemocultivos del paciente se aisló un agente patógeno, excepto para microorganismos contaminantes comunes de la piel (literal c) del criterio 2); y,</p> <p>b) El microorganismo cultivado de la sangre no guarda relación con infecciones de otro(s) sitio(s).</p> | <p>a) Paciente con al menos 1 de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (>38 °C) • Escalofríos. • Hipotensión. <p>En el caso de neonatos, fiebre >38, hipotermia, apnea y bradicardia; y,</p> <p>b) Resultados de laboratorios positivos que no se relacionen con infección en otro sitio; y,</p> <p>c) El siguiente criterio de laboratorio: Microorganismos contaminantes comunes de la piel (es decir, difteroides <i>Corynebacterium spp</i>), <i>Bacillus (no B. anthracis)</i></p> | <p>a) Paciente pediátrica o adulto: 1 de los signos o síntomas del literal a) del criterio 2,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente < año, incluidos neonatos, con al menos 1 de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida: Fiebre (>38°C) • Hipotermia • Apnea • Bradicardia; y, <p>b) Hemocultivo sin crecimiento o no realizado; y,</p> |





| | | |
|--|--|---|
| | <p><i>spp Propionibacterium spp,</i> estafilococos coagulasa negativos [incluido S. epidermoides].</p> | <p>c) Sin infección aparente en otro sitio y d) Médico instituye tratamiento para sepsis.</p> |
|--|--|---|

Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Central (ITS-AC): Es la infección primaria (no guarda relación con otro sitio de infección) que cumple con los criterios expuestos para Infección del torrente sanguíneo y que el paciente tenga un catéter central en el momento o el antecedente de haberlo retirado dentro de las 48 horas previas al inicio del evento. No se requiere un periodo mínimo en que la vía central deba estar instalada para que la infección se considere asociada a la vía central.

2. Infección del Tracto Urinario (ITU) sintomática: Las ITU de pacientes con presencia de catéter urinario permanente a cuya infección tenga relación con el uso de esos dispositivos médicos; o sea, el caso corresponde al paciente con catéter urinario instalado en el momento de la aparición de la infección o en los 7 días anteriores a ella. Debe cumplir uno de los siguientes criterios:

| CRITERIO 1 | CRITERIO 2 |
|--|--|
| a) Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: | a) Al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: |





- Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$).
 - Urgencia al orinar.
 - Aumento de la frecuencia urinaria.
 - Disuria o sensibilidad supra púbrica, y,
- b) Urocultivo positivo (>105 microorganismos/cm³ de orina con ≤ 2 especies de microorganismos).

- Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$).
 - Urgencia al orinar.
 - Aumento de la frecuencia.
 - Disuria o sensibilidad suprapúbica; y
- b) Al menos uno de los siguientes:
- Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria o nitratos.
 - Piuria (muestra de orina con recuenta de Leucocitos $>10/\text{me}$ o >3 leucocitos/campo de alta potencia en la orina sin centrifugar).
 - Se ven microorganismos en la tinción de Gram de orina sin centrifugar.
 - < 105 colonias/ml de un agente uro patógeno único (bacterias gramnegativas o Staphylococcus saprophyticus) en paciente en tratamiento antimicrobiano eficaz para infección de las vías urinarias.
 - Diagnostico medico de infección de tracto urinario
 - Tratamiento para infección de tracto urinario indicado por un médico.





| CRITERIO 3 | CRITERIO 4 |
|--|---|
| <p>Pacientes < 1 año de edad</p> <p>a) Al menos 1 de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre > de 38°C. • Hipotermia. • Apnea. • Bradicardia. • Letargia. • Vanitos. • Dolor suprapúbico; y, <p>b) Un urocultivo positivo con no más de 2 especies de microorganismos y al menos uno de ellos con más de >105 UFC.</p> | <p>Pacientes 1 año de edad</p> <p>a) Al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre >de 38°C. • Hipotermia. • Apnea. • Bradicardia. • Letargia, • Vómitos. • Dolor suprapúbico; y, <p>b) Al menos 1 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria o nitratos. • Piuria (muestra de orina con recuento de leucocitos > 10/mm³ o > 3 leucocitos/campo de alta potencia en la orina sin centrifugar). • Se ven microorganismos en la tinción de Gram de orina sin centrifugar. • < 105 colonias/ml de un agente uro patógeno único (bacterias gramnegativas o Staphylococcus saprophyticus en paciente en tratamiento antimicrobiano eficaz para infección de las vías urinarias. |





| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico médico de infección de tracto urinario.• Tratamiento para infección de tracto urinario indicado por un médico. |
|--|---|

Notas:

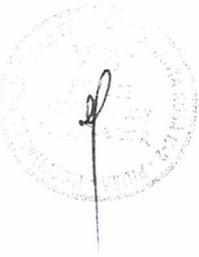
- El cultivo positivo de punta de catéter urinario no es una prueba de laboratorio aceptable para diagnosticar ITU sintomático. Los urocultivos deben ser obtenidos usando técnicas apropiadas, tales como una muestra limpia de chorro medio o cateterización.
- En menores de 1 año, un urocultivo debe ser obtenido por cateterización vesical o aspiración suprapúbica. Un urocultivo positivo de muestra de bolsa no es confiable y debe ser confirmado por una muestra obtenida asépticamente por cateterización o aspiración suprapúbica.





3. Neumonía: Para las neumonías asociadas a ventilación mecánica, se considera que el paciente ha de estar intubado y ventilado en el momento de la aparición de los síntomas o estuvo ventilado en un plazo de hasta 48 horas antes de la aparición de la infección. Debe cumplir uno de los siguientes criterios:

| CRITERIO 1 | CRITERIO 2 |
|--|---|
| <p>a) Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos 1 de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente • Consolidación. • Cavitación; y, <p>b) Al menos 1 de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) sin otra causa conocida. • Leucopenia (recuento de leucocitos $< 4000/\text{mm}^3$) o leucocitosis (recuento de leucocitos $> 12.000/\text{mm}^3$). • Para adultos mayores de 70 años de edad, estado mental alterado sin otra causa conocida; y, <p>c) Al menos 2 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo | <p>a) Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación • Cavitación; y, <p>b) Al menos 1 de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) sin otra causa conocida • Leucopenia (recuento de leucocitos $< 4000/\text{mm}^3$) o leucocitosis (recuento de leucocitos $> 12.000/\text{mm}^3$). • Para adultos mayores de 70 años de edad, estado mental alterado sin otra causa conocida; y <p>c) Al menos 1 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor |





| | |
|---|--|
| <p>o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none">• Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea.• Estertores o respiración bronquial ruidosa.• Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [CAIDA PaO₂//FiO₂ < 240) mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico) | <p>requerimiento de aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none">• Nueva aparición o empeoramiento de La tos, disnea 0 taquipnea.• Estertores o respiración bronquial ruidosa.• Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [caída PaO₂//FiO₂ < 240) mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico); y, <p>d) Al menos 1 de los siguientes datos de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none">• Crecimiento positivo en hemocultivos no relacionados con otra fuente de infección.• Crecimiento positivo en cultivo de líquido pleural.• Cultivo cuantitativo positivo de muestra mínimamente contaminada de tracto respiratorio inferior (por ejemplo, lavado bronco alveolar, muestra protegida de cepillado y bronco alveolar bronco alveolar).• 5% de las células obtenidas por lavado bronco alveolar contienen bacterias intracelulares en el examen microscópica directo (por ejemplo, tinción de Gram).• Examen histopatológico tiene al menos 1 de los siguientes datos probatorios de neumonía:• Formación de abscesos a focos de consolidación con acumulación |
|---|--|





| | |
|---|---|
| | <p>intensa de polimorfonucleares en bronquiolos y alveolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cultivo cuantitativo positivo del parénquima del pulmón. • Datos probatorios de invasión de parénquima del pulmón por hifas fúngicas o pseudohifas. |
| CRITERIO 3 | CRITERIO 4 |
| <p>Paciente 1 año de edad</p> <p>a) Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos 1 de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado nuevo progresivo y persistente. • Consolidación. • Cavitación. • Neumatoceles para los menores de 1 año de edad; y, <p>b) Al menos 1 de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$) sin otra causa conocida. • Leucopenia (recuento de leucocitos $4000/\text{mm}^3$) leucocitosis (recuento de leucocitos $> 12.000/\text{mm}^3$); y. <p>c) Al menos 2 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración. • Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea (ver nota). • Estertores o respiración bronquial ruidosa. | <p>Paciente < 1 año de edad</p> <p>a) Datos radiológicos: 2 o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado nuevo o progresivo y persistente. • Consolidación. • Cavitación. • Neumatoceles para los menores de 1 año de edad; y, <p>b) Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O_2 [razón $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$] mayor necesidad de oxígeno a mayor exigencia del ventilador mecánico); y,</p> <p>c) Par lo menos 3 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad en la temperatura sin otra causa reconocida • Leucopenia (recuento de leucocitos $< 5000/\text{mm}^3$) a leucocitosis (recuento de leucocitos $> 25.000/\text{mm}^3$ al nacimiento a 30.000 entre 12 y 24 horas o > 21.000 |





| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [razón PaO₂/FiO₂ < 240], mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico). | <p>después de 48 horas) y desvió a la izquierda (>10% fórmulas de banda).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración. • Apnea, taquipnea, aleteo nasal con retracción de la pared torácica y gruñidos. • Sibilancias, estertores o roncas. • Tos. • Bradicardia (<100 lmp) o taquicardia (>170 lmp). |
| <p>CRITERIO 5</p> | <p>CRITERIO 6</p> |
| <p>Paciente < 1 año de edad</p> <p>a) Por lo menos 2 de los siguientes signos: Apnea, taquipnea, sibilantes, roncantes, tos, bradicardia; y,</p> <p>b) Uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esputo purulento o cambio en el carácter del esputo. • Hemocultivo positivo. • Cultivo obtenido por ATT (aspiración transtraqueal), broncoscopia con cepillo protegido a biopsia. | <p>Paciente > 1 año o <12 años</p> <p>a) Paciente con enfermedad de fondo, con 2 o más imágenes o paciente sin enfermedad de fondo con 1 o más imágenes, con al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrados nuevos o progresivo y persistente. • Consolidación. • Cavitación; y, <p>b) Al menos 3 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (> 38°C) o hipotermia (< 36°C). • Leucopenia (<4000 leucocitos/mm³), o leucocitosis (>15000). • Nuevo inicio de esputo purulento o cambios en carácter de esputo o aumento de secreciones respiratoria o requerimiento de succión. |





| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Nuevo inicio de empeoramiento de tos, disnea, apnea o taquipnea.• Ruidos o sonidos respiratorios bronquiales.• Tos; y, <p>c) Empeoramiento de intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de oxígeno - oximetría <94%), aumento en los requerimientos de oxígeno o aumento de la demanda del ventilador.</p> |
|--|---|

Notas4:

•Criterio 1: En los pacientes sin enfermedades pulmonares o cardíacas subyacentes (por ejemplo, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) basta con una radiografía de tórax definitiva.

•Criterio 3: En los recién nacidos sin enfermedades pulmonares o cardíacas subyacentes (por ejemplo, síndrome de distrés respiratorio, edema pulmonar, displasia bronco pulmonar, aspiración de meconio), una radiografía de tórax definitiva es aceptable. El diagnóstico de neumonía nosocomial de pacientes no ventilados, ocasionalmente, puede ser muy claro sobre la base de los síntomas, signos y una Clínica radiografía de tórax con imagen invasiva concluyente. Sin embargo, en el caso de pacientes con enfermedades pulmonares o cardíacas (por ejemplo, enfermedad intersticial del pulmón o insuficiencia cardíaca congestiva), el diagnóstico de neumonía puede ser particularmente difícil. Otras afecciones no infecciosas (por ejemplo, edema pulmonar de una insuficiencia cardíaca congestiva descompensada) pueden simular la presentación de la neumonía. En estos casos más difíciles, hay que examinar las radiografías de tórax seriadas para ayudar a distinguir los procesos pulmonares infecciosos de los no infecciosos. Para apoyar su confirmación, puede ser Útil examinar las radiografías el día del diagnóstico, 3 días antes del diagnóstico y en los días 2 y 7 después del diagnóstico. La neumonía puede iniciarse y progresar rápidamente, pero no se resuelve rápidamente. Los cambios radiográficos de la neumonía persisten durante varias semanas. Como resultado, la resolución radiográfica rápida indica que el paciente no tiene neumonía, sino un proceso no infeccioso, coma atelectasia o insuficiencia cardíaca congestiva.

• Cultivo de esputo expectorado no es Cita en el diagnostico de neumonía,





pero podría ayudar a identificar la agente etiológica y proveer información útil sobre la susceptibilidad antimicrobiana.

- La neumonía debida a aspiración de contenido gástrica se considera nosocomial si satisface los criterios mencionados y no estaba presente o incubándose en el momento del hospital.
- En casos de pacientes con estancias hospitalarias largas pueden presentarse episodios múltiples de neumonía nosocomial. Para determinar si se trata de un nuevo episodio debe confirmarse la resolución de la infección inicial. La detección de un nuevo agente patógeno NO debe ser considerada como único criterio para un nuevo episodio de neumonía.
- Una Cínica anotación de esputo purulento o cambio de las características del esputo no es significativa. Las anotaciones repetidas en un periodo de 24 horas serian un mejor indicador del inicio de un proceso infeccioso. El cambio de las características del esputo se refiere al color, la uniformidad, el olor y la cantidad.
- La taquipnea se define como > 25 respiraciones por minuto en los adultos. En los niños, la taquipnea se define como > 75 respiraciones por minuto en los lactantes prematuros nacidos con < 37 semanas de gestación y hasta la 40a semana; > 60 respiraciones por minuto en pacientes < 2 meses de edad; > 50 respiraciones por minuto en los pacientes de 2 a 12 meses de edad; y > 30 respiraciones por minuto en los niños > 1 año de edad.

