



MINISTERIO  
DE SALUD

Lineamientos técnicos para la medición puntual de  
infecciones asociadas a la atención en salud en los  
hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud

El Salvador 2026



MINISTERIO  
DE SALUD

**Lineamientos técnicos para la medición puntual de  
infecciones asociadas a la atención en salud en los  
hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud**

El Salvador 2026

## 2026 Ministerio de Salud



Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente

y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

## Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya  
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza  
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves  
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

### Equipo técnico

Dr. Amaury Morales Landrove Licda. María Teresa Gallardo de Hernández Dr. Miguel Ernesto Elas Rodríguez	Oficina de Enfermedades Infecciosas
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla Dra. Mayra Sáenz de Hernández	Dirección de Regulación
Licda. Beatriz Adriana Rivera Andrade	Dirección Nacional de Enfermería

### Comité consultivo

Dra. Silvia Mendoza Dra. Jenny Emperatriz Álvarez de Calderón	Departamento de Normalización del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ISSS
Dra. Marianela Fernández de Merlos	Departamento de Epidemiología ISSS
Dr. Rafael Antonio Baltrons Orellana	Médico epidemiólogo Hospital del Seguro Social Amatepec
Licda. Ivy Noemy Rodríguez Flores	Enfermera supervisora de IAAS Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.
Licda. Glenda Margarita Peña de Ábrego	Enfermera supervisora de IAAS Hospital Nacional El Salvador
Licdo. Cecilio Ottoniel Aranda Arriaza	Enfermero Coordinador de IAAS Hospital Nacional El Salvador
Dr. Dennis Joshua Alfaro Aparicio	Médico epidemiólogo Hospital Nacional de Zacatecoluca
Dr. Mauricio Antonio Abarca	Médico epidemiólogo Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" Cojutepeque
Licda. Marta Luz Martínez de Menjívar	Enfermera supervisora de IAA Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Beatriz Adriana Rivera	Enfermera supervisora Unidad Nacional de Enfermería. MINSAL
Dra. Yudy Suleyma Méndez de Méndez	Médico epidemióloga Dirección de Epidemiología, MINSAL
Dra. Karla Cristina Magaña de González	Médico epidemióloga Dirección de Epidemiología, MINSAL
Dr. Héctor Manuel Ramos Hernández	Dirección de Epidemiología, MINSAL
Dr. Carlos Mauricio Aparicio Castellón	Médico epidemiólogo Hospital Nacional Saldaña

Dra. Mercedes de J. Menjívar	Médico epidemióloga Hospital Nacional Rosales
Licda. Norma Janneth de León	Enfermera de IAAS Hospital Nacional de la Mujer
Dra. Silvia Verónica Meléndez Mulato	Colaborador técnico Unidad de Calidad, MINSAL
Licda. Anita Franco Méndez	Enfermera supervisora Unidad Nacional de Enfermería. MINSAL
Dra. Karla Iliana Martínez Aguirre	Médico. Instituto Nacional de Salud
Dr. José Elías Aguilar Ramírez	Médico. Instituto Nacional de Salud
Dr. José Eduardo Oliva Dr. Manuel Antonio Espinoza Dra. Zayri Geraldine García Meléndez	Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud de El Salvador

## Índice

Acuerdo	1
I. Introducción	2
II. Objetivos	3
III. Ámbito de aplicación	3
IV. Antecedentes	3
V. Contenido técnico	5
A. Etapa de planificación	5
B. Etapa de ejecución	6
B.1. Objeto de medición	6
B.2. Criterios de elegibilidad	6
B.3. Criterios de exclusión	7
B.4. Estructura del informe final	7
B.5. Selección de punto de corte y distribución de pacientes a encuestar	8
B.6. Actividades de recolección de datos	8
B.7. Actividades de revisión y control de calidad de datos	9
B.8. Edición o eliminación de fichas	10
B.9. Fuentes de información	10
B.10. Actividades del procesamiento	10
B.11. Limpieza de la base de datos	11
B.12. Protección y almacenamiento de la información	11
B.13. Comunicación de los resultados	11
VI. Glosario	12
VII. Siglas	12
VIII. Disposiciones finales	13
IX. Vigencia	13
X. Bibliografía	14
XI. Anexos	15



Distrito de San Salvador y Capital de la República, 9 de febrero de 2026

**Acuerdo n.º 708**

**El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud**

**Considerando:**

- I. Que el artículo 65 de la *Constitución* determina que la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.
- II. Que el artículo 42, numeral 2) del *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo*, establece que compete al Ministerio de Salud, dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.
- III. Que los artículos 3, 13 y 14, de la *Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud* definen que el Sistema Nacional Integrado en Salud, está constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector de dicho Sistema, por lo que está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo; además le da la atribución de promover la adopción de los modelos de atención, gestión, provisión, financiamiento y rehabilitación en salud, coordinando su implementación progresiva.
- IV. Que el artículo 25 numeral 6 del *Reglamento General de Hospitales* del Ministerio de Salud ordena a los hospitales nacionales realizar la vigilancia y el control epidemiológico del medio intrahospitalario y su entorno, así como alertar a los niveles correspondientes y participar en el manejo de las situaciones epidemiológicas detectadas”.
- V. Que actualmente se cuenta con los *“Lineamientos técnicos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud”*, por lo que se hace necesario valorar la implementación y el desempeño de dicha vigilancia por medio de un mecanismo científico y estandarizado de vigilancia activa que permita identificar su sensibilidad en los hospitales.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, ACUERDA emitir los siguientes:

**“Lineamientos técnicos para la medición puntual de infecciones asociadas a la atención en salud en los hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud”**

## I. Introducción

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son uno de los eventos adversos más frecuentes en los establecimientos de salud. Se estima que, a nivel mundial, anualmente, cerca de 136 millones de estos casos se relacionan con infecciones resistentes a antimicrobianos, lo cual incrementa la morbilidad, duración de las hospitalizaciones y costos.

Según estimaciones mundiales, entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales en países desarrollados adquieren una o más infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Por el contrario, en los países en desarrollo, este riesgo se incrementa entre 2 y 20 veces, alcanzando cifras superiores al 25% de pacientes afectados.

La implementación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones (PCI) han sido la principal estrategia que han posibilitado estas métricas, siendo el eje operativo que da sentido a la vigilancia de IAAS, transformando los datos brutos en acciones de seguridad hospitalaria, sin embargo, el reporte de resultados de las autoevaluaciones nacionales realizadas a través de TrACSS (Tracking Antimicrobial Resistance Country Self- Assessment Survey) refiere que para el año 2024 el 31 % de los países de la Región de las Américas no contaba con un programa o plan de PCI o si lo contaba, no se había implementado plenamente, similar a lo observado en 2023 (30 %) y 2021 (30,4 %), siendo esto uno de los motivos por los cuales se desconoce la carga exacta de las infecciones asociadas a la atención en salud en América Latina <sup>(1)</sup>.

El *Estudio de Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica (IBEAS)*, reveló que la infección nosocomial fue el evento más frecuente, con un 37.14%. En Colombia, las infecciones ocuparon el primer lugar, seguidas por eventos relacionados con procedimientos y cuidados.

En El Salvador en el año 2021, la Oficina de Enfermedades Infecciosas (actualmente Oficina de Prevención y Control de Infecciones y Medicina Tropical), instauró el Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones (PCI), impulsando la creación del Sistema Nacional de Vigilancia de Prevención y Control de Infecciones (SINAVIPCI) el cual incluye la notificación de las IAAS entre otros, reportando una tasa de IAAS de período 2021-2025 de 1.91 por 100 egresos hospitalarios, estando muy por debajo de las tasas reportadas para los países desarrollados y muy por debajo de las estimaciones reportadas para los países de la región.

En este marco, se incorpora la medición nacional de prevalencia de IAAS como estrategia de vigilancia activa y valorar el desempeño y sensibilidad del sistema de vigilancia, razón por la cual se elaboran los presentes lineamientos técnicos para su implementación en los hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud.

## II. Objetivos

### General

Establecer las disposiciones técnicas para realizar la medición puntual anual de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) en todos los hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud.

### Específicos

1. Estandarizar las herramientas y metodología para realizar la medición puntual anual de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
2. Fortalecer la vigilancia activa de las IAAS para la mejora continua de la atención en salud.
3. Optimizar la implementación efectiva de las estrategias de prevención y control de infecciones mediante su adecuación a la realidad epidemiológica identificada, promoviendo su implementación efectiva en los distintos hospitales de salud.

## III. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos todo el personal de salud de la red de hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud.

## IV. Antecedentes

Las IAAS representan un desafío significativo para los sistemas de salud a nivel mundial, debido a su impacto en la morbilidad, mortalidad y costos económicos. A nivel mundial se han desarrollado directrices que destacan la importancia de componentes esenciales para la prevención y control de estas infecciones como la instauración de sistemas de vigilancia epidemiológica, entre otros. Dentro de la vigilancia enfatiza la necesidad de desarrollar dos modalidades, vigilancia pasiva y vigilancia activa, considerando a los estudios de prevalencia o encuestas de prevalencia de IAAS como parte de las estrategias de vigilancia epidemiológica activa, ya que permiten evaluar la sensibilidad de los sistemas de vigilancia rutinaria, fortalecer las capacidades de los equipos de Prevención y Control de Infecciones (PCI), y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales orientados a la mejora continua de la calidad en la atención hospitalaria y la seguridad del paciente<sup>(2)</sup>.

En El Salvador, los estudios de prevalencia son un método de evaluación anual de la sensibilidad del Sistema Nacional de Vigilancia de IAAS con el "fin de detectar posibles deficiencias y situaciones que requieran corrección", las cuales deben ser analizadas comparando si las infecciones nosocomiales (IN) han sido detectadas por el sistema de vigilancia habitual, si existe coincidencia entre los datos del paciente, localización y microorganismos (MO) identificados; además identificar nuevos grupos de riesgo para incorporarlos a las actividades de rutina de vigilancia.

Se debe enviar un informe con los resultados, sugerencias y comentarios, al director hospitalario y al Nivel Superior para su consolidación", siendo el Comité de Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales (CPCIN) del hospital y la enfermera del CPCIN (enfermera del equipo técnico de IAAS) la responsable de la ejecución de estos estudios en su establecimiento, el cual

debe llevarse a cabo de manera obligatoria cada año.

El primer estudio de prevalencia de infecciones asociadas a la atención en salud se desarrolló en 2006, considerado como la línea base. El segundo se desarrolló en el año 2015, en dichos estudios no se incluyó a la totalidad de los hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud <sup>(3)</sup>

(4) (5) (6) (7) (8) (9)

Debido a la importancia de contar con una metodología estandarizada para ejecutar el estudio de prevalencia y considerando a la enfermera del CPCIN como principal actor, la Red Nacional de Seguridad del Paciente de la Unidad Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud, elaboró en el año 2017 el primer "*Protocolo-Estudio de prevalencia puntual en la red nacional de hospitales*", y en el año 2022 con el surgimiento de la Oficina de Enfermedades Infecciosas / Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones, se inicia un trabajo en equipo con la Unidad de Enfermería para revisar y fortalecer la metodología de investigación.

En 2023 se inicia la elaboración de los "Lineamientos técnicos para realizar la encuesta de prevalencia de infecciones intrahospitalarias por bacterias, hongos y levaduras", el cual fue observado por el Comité Nacional de Ética de la investigación en Salud (CNEIS, creado en 2005)<sup>8</sup> por tratarse de una "investigación" y por tanto debía someterse al proceso de evaluación ética de un "proyecto de investigación"<sup>9</sup>, lo que resultó en la suspensión de su ejecución, así también la ejecución de la encuesta de prevalencia en los términos anteriores en el año 2024.

En 2025 se desarrolla un taller entre los actores involucrados y el CNEIS, en el cual se establecen los siguientes criterios

- a) Vigilancia activa, la cual forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia de IAAS y no de un proyecto de investigación científica académica.
- b) Estandarización del método de vigilancia activa para ser realizado cada año y no de una investigación científica puntual particular.
- c) Elaboración del marco regulatorio
- d) Cumplimiento de la calidad de la prestación del servicio y seguridad del paciente, así como para la toma de decisiones basadas en evidencia y realizar las mejoras.
- e) Vigilancia de carácter sanitario y no intervencionista y su finalidad es de interés público y para la salud pública.

En dicho taller, se llegó a un consenso técnico y ético, que incluye los cambios sugeridos y la sustitución de la denominación de "estudio" o "encuesta" por "medición", lo cual permitirá la continuidad del proceso de vigilancia, respetando los derechos de las personas y fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema de salud.

El presente documento contiene los elementos necesarios para realizar la medición de las IAAS en los hospitales del SNIS, tanto en la etapa de planificación, como en la ejecución, entre ellos se encuentran: actividades de preparación, criterios de elegibilidad y exclusión, estructura del informe final, así como las actividades para la gestión de la información y comunicación de resultados.

## V. Contenido técnico

Para la realización de la medición de las IAAS en la red de hospitales del SNIS, se deben cumplir las siguientes etapas:

### A. Etapa de planificación

#### Actividades de preparación

1. La Oficina de Enfermedades Infecciosas a través del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones (PNPCI) debe realizar las siguientes actividades:
  - a) Informar a hospitales o instituciones participantes sobre la adopción de los lineamientos estandarizados para el desarrollo de la medición y el inicio de la fecha de ejecución.
  - b) Coordinar la elaboración de la herramienta física y digital (encuesta) estandarizada de colecta de datos e instructivo de llenado.
  - c) Capacitar a facilitadores designados por cada hospital sobre los lineamientos de medición de IAAS, definir funciones y socializar el formulario y herramienta digital.
2. El equipo técnico de Prevención y Control de Infecciones (PCI) de cada hospital, debe realizar las siguientes actividades:
  - a) Coordinar con la dirección y las dependencias hospitalarias correspondientes, la conformación y nombramiento oficial del equipo de medición y sus funciones y deberá designar entre sus miembros:
    - Coordinador general de la medición.
    - Responsable logístico y administrador de apoyo (fotocopias, insumos, conexiones a internet, materiales, equipos tecnológicos u otros que sean necesarios localmente).
    - Equipo encuestador. El tamaño de este equipo debe estar en función del número de camas del hospital.
    - Digitador, en caso de que la encuesta sea llenada en físico.
    - Supervisor de la calidad del dato.
    - Facilitador local.
  - b) Coordinar con las diferentes dependencias intrahospitalarias, a fin de facilitar y lograr una cooperación para la ejecución de la medición de la manera más eficiente y efectiva posible.

Todos los recursos del hospital (jefaturas y personal de los servicios hospitalarios) deben colaborar con la operativización de la encuesta durante la medición.
  - c) Realizar un levantamiento cruzado de la encuesta (los encuestadores realizan la recolección de datos en otro servicio distinto al que laboran).
3. Los facilitadores de cada hospital, antes de realizar la medición, deben:
  - a) Definir la estrategia para capacitar al equipo encuestador.
  - b) Capacitar al equipo encuestador sobre los lineamientos, el contenido de la encuesta, el correcto llenado de forma digital como en físico (en casos excepcionales que no se dispongan o sea factible el uso de dispositivos electrónicos), uso de la

herramienta en línea y forma de enlace (acceso a internet), búsqueda de información, consecuencia de los errores y los resultados esperados de la medición, a fin de que la información recolectada sea veraz, fidedigna y de calidad, incluida la calidad del dato.

- c) Entregar al equipo encuestador, los materiales siguientes: copia de los lineamientos, fichas de encuestas (anexo 1), instructivos de llenado (Anexo 2) y uso de herramienta digital.
- d) Capacitar a los digitadores sobre el ingreso de la información a la base de datos automatizada o sistema de recolección de datos. Esto aplica en aquellos casos en los cuales la encuesta sea llenada en físico.

## **B. Etapa de ejecución**

### **B.1 Objeto de medición**

Se realizará una medición anual y para la medición se incluyen todos los pacientes ingresados en la red de hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud que cumplan con los criterios de elegibilidad al momento de la encuesta.

### **B.2 Criterios de elegibilidad**

Los pacientes a ser encuestados deben cumplir los siguientes criterios:

- a) Pacientes de todas las edades ingresados en cualquier servicio hospitalario, (incluidos aquellos ubicados en pasillos en espera de una cama disponible en el servicio asignado) que tenga una estancia hospitalaria de 48 horas o más, contados a partir de la fecha y hora en la cual se indica su ingreso hasta el punto de corte definido, el cuál será las 5:00 am. en punto, del día de ejecución de la encuesta e independiente de su estado hemodinámico.
- b) Pacientes que al momento de realizar la encuesta, por algún motivo, no se pueda obtener los datos requeridos, por ejemplo: no se encuentran en el servicio debido a procedimientos diagnósticos o terapéuticos (cirugía o pruebas radiológicas). Si al finalizar el día, el paciente no ha regresado al servicio y tiene información pendiente de registrar, se debe regresar el siguiente día para completar la encuesta.
- c) Pacientes hospitalizados con estancia hospitalaria menor a 48 horas, que cumplan con una de las siguientes condiciones:
  - Referidos de otro establecimiento de salud en donde inició la atención.
  - Con historia de haber iniciado tratamiento o haber sido atendido en otro establecimiento de salud.
- d) Pacientes en reingreso posterior a una atención previa en el hospital hasta un máximo de 7 días posterior al alta o en casos especiales que cumplan con lo siguiente:
  - Hasta 30 días posterior al alta, si ha tenido una intervención quirúrgica.
  - Hasta un año posterior al alta, si ha tenido un procedimiento con material protésico o implante o colocación de otro dispositivo biomédico permanente.

### **B.3 Criterios de exclusión**

Los pacientes que no deben ser incluidos en esta encuesta son:

- a) Paciente con una estancia hospitalaria menor a 48 horas de ingreso.
- b) Paciente que ya fue dado de alta o referido a otro establecimiento pero que por algún motivo todavía se encuentra físicamente en el hospital el día y hora de la encuesta.
- c) Paciente manejado ambulatoriamente, como:
  - Pacientes sometidos a tratamiento o cirugía, sin indicación de ingreso (tratamiento en hospital de día, cirugía ambulatoria).
  - Pacientes atendidos en consultas externas (asistencia ambulatoria).
  - Pacientes asistidos en unidades de diálisis y hemodiálisis ambulatoria.
- d) Recién nacidos en servicios de maternidad o en alojamiento conjunto "Estrategia Nacer con Cariño" que estén registrados en el hospital.
- e) Pacientes que ingresen después de las 5:00 am del día de la encuesta.

La decisión de incluir o excluir un paciente se basará en la información disponible el día de la encuesta.

### **B.4 Estructura del informe final**

Una vez culminadas las actividades de la medición se debe realizar un informe el cual debe contener lo siguiente:

1. Descripción general del hospital
  - Categoría del hospital
  - Número de camas (censables, no censables y extras)
  - Servicios hospitalarios encuestados
2. Características de la población hospitalizada encuestada:
  - Variables demográficas (personales)
  - Variables clínicas
3. Descripción y análisis de los indicadores epidemiológicos básicos resultado de la medición puntual
  - Prevalencia global de IAAS.
  - Prevalencia de uso de ATM.
  - Prevalencia de dispositivos biomédicos.
  - Prevalencia de IAAS por servicio.
  - Prevalencia de IAAS en recién nacidos.
  - Promedio de días de estancia hospitalaria de pacientes con IAAS.
  - Proporción de pacientes con IAAS por rangos de días de estancia.

En Anexo 3 se presenta la tabla con las fórmulas de cálculo de los indicadores.

4. Evaluación de las experiencias operativas del proceso de la medición puntual.
5. Oportunidades de mejora del proceso de la medición puntual y en los procesos de PCI hospitalarios.

## **B.5 Selección de punto de corte y distribución de pacientes a encuestar**

El coordinador del equipo de medición del hospital, el día de la encuesta en la mañana, debe:

- a) Recolectar los censos diarios de 24 horas de los pacientes hospitalizados (listado del 100% de pacientes ingresados) de todos los servicios del hospital, este censo debe incluir las fechas y horas de ingreso.
- b) Identificar el grupo de pacientes que su hora de ingreso haya sido hasta las 5:00 am. en punto, del día de la encuesta, independientemente que presenten o no infección. Los pacientes que tengan una hora de ingreso posterior (5:01 am. del día de la encuesta) no serán elegibles.
- c) De este grupo de pacientes identificados se deben seleccionar todos los pacientes a encuestar en cada servicio. Siendo estos los que cumplen con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.  
Si se cuenta con un sistema digitalizado de pacientes, podrá seleccionarlos directamente del sistema, en caso contrario debe solicitar el censo o listado de pacientes a las jefes de enfermeras, responsables o asignadas de cada servicio o dependiendo de la logística y organización particular de cada hospital.
- d) Asignar los pacientes elegibles a cada uno de los encuestadores y distribuirlos por servicio.  
Cada encuestador debe tener claro cuáles son los servicios y pacientes asignados, antes de iniciar la recolección de los datos.

## **B.6 Actividades de recolección de datos**

El encuestador debe:

- a) Hacer un "barrido" en una sola visita en cada servicio de hospitalización asignado el día de la encuesta.
- b) En caso de tener datos pendientes vitales para clasificar un paciente con infección, debe extender la duración de la encuesta hasta un día más, para la búsqueda y recolección de datos, de tal manera que se logre recuperar toda la información complementaria necesaria; para esto se deberá coordinar con los servicios correspondientes. De no obtenerse todos los datos será incluido en el análisis con los datos existentes y se debe tener en cuenta los sesgos al momento del análisis.
- c) Revisar directa y exhaustivamente las fuentes de información de cada uno de los pacientes elegibles asignados, independientemente que presenten o no infección y proceder a anotarlos y llenar la encuesta.
- d) Observar y verificar los dispositivos biomédicos colocados.
- e) Llenar la encuesta en línea directamente por medio del uso de un dispositivo electrónico; en caso de no ser posible se debe llenar las fichas de encuestas en físico.
- f) Revisar, con el personal del servicio, médico del comité de PCI y el epidemiólogo del hospital, aquellos casos en los cuales se tenga dificultad (casos complejos o dudosos) para definir y clasificar la existencia de una IAAS, utilizando para esto, en primera instancia, las definiciones de caso establecidas en los lineamientos y de no existir, definirla según criterio clínico epidemiológico.

Todos los datos incluidos en estas encuestas deben ser anonimizados.

## B.7 Actividades de revisión y control de calidad de datos

El supervisor de la calidad de datos debe realizar el control de la información contenida en las fichas de encuesta mediante una reencuesta por medio de la siguiente metodología:

- a) Cuando el encuestador finalice todas las encuestas en un servicio, debe seleccionar aleatoriamente una muestra equivalente al 10% del total de encuestas realizadas en ese servicio.
- b) Utilizando una ficha física (llenado manual), debe reencuestar completamente a los pacientes seleccionados (muestra seleccionada).

Es importante tener en cuenta que esta reencuesta no debe ser digitada en el sistema en línea, ya que su propósito es únicamente comparar la información obtenida con la que fuente original, ya sea en el sistema en línea o en la ficha física completada por el encuestador.

- c) Luego de realizar la reencuesta, debe comparar las respuestas obtenidas en esta reencuesta con las respuestas de la encuesta original (realizada por el encuestador), verificando la concordancia de las respuestas completamente. Exceptuando los datos generales del hospital y del encuestador, que no se evalúan en esta etapa.

El objetivo es identificar cuántas respuestas difieren entre ambas versiones. Con esa información, se debe calcular el porcentaje de preguntas con diferencias en relación al total de preguntas revisadas. Se entiende como "respuesta buena" aquella que tiene la misma respuesta o respuesta similar en la reencuesta en comparación con la respuesta dada en la encuesta original y se entiende como "respuesta mala" aquella que tiene una respuesta distinta en la reencuesta en comparación con la respuesta dada en la encuesta original.

- d) A partir del porcentaje de diferencias encontradas, se debe categorizar la encuesta original según la siguiente clasificación:

- "Adecuadamente llena": si del total de preguntas (100% de preguntas de la encuesta original, exceptuando las preguntas de datos generales del hospital y del encuestador) se tiene menos del 10% de respuestas con diferencias respecto a las respuestas dadas en la reencuesta. En este caso, la encuesta se considera "aceptada", y se debe proceder a corregir los errores detectados en la encuesta original (ya sea en físico o en el sistema en línea).
- "Inadecuadamente llena": si del total de preguntas (100% de preguntas de la encuesta original, exceptuando las preguntas de datos generales del hospital y del encuestador) se tiene un 10% o más de respuestas con diferencias respecto a las respuestas dadas en la reencuesta. En este caso, la encuesta se considera "rechazada" y se debe proceder a corregirse completamente.

- e) Con los hallazgos anteriores (el resultado de las encuestas verificadas) se debe proceder a clasificar el servicio de hospitalización encuestado, según las siguientes categorías:

- "Servicio aceptado": si menos del 10% de las encuestas revisadas fueron clasificadas como "inadecuadamente llenas". En este caso, se consideran como "válidas" el 100% de las encuestas originales realizadas por el encuestador en ese servicio.
- "Servicio rechazado": si el 10% o más de las encuestas revisadas fueron clasificadas como "inadecuadamente llenas". En este caso, "no se consideran válidas" ninguna de las encuestas originales realizadas por el encuestador en ese

servicio y por lo tanto se deben repetir todas las encuestas. Esta repetición de todas las encuestas debe ejecutarse inmediatamente o a más tardar el día siguiente del rechazo del servicio, ya que se hace a los mismos pacientes establecidos desde el inicio en el punto de corte. (Tabla 1)

**Tabla 1. Parámetros de revisión y control de calidad del dato de las encuestas**

Servicio	Total de encuesta realizadas	10% de muestra	Total encuestas inadecuadamente llenas	% de encuestas inadecuadamente llenas	Clasificación del servicio	Servicio a reencuestar
Medicina	20	2	1	50%	Rechazado	Si
Ginecología	30	3	0	0%	Aceptado	No
Cirugía	40	4	1	25%	Rechazado	Si

**Fuente:** Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la medición puntual de infecciones asociadas a la atención en salud en los hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud. MINSAL 2025.

### **B.8 Edición o eliminación de fichas**

Si una ficha requiere ser modificada o anulada se podrá realizar en el sistema en línea, de acuerdo a las funciones de gestión de encuestas establecidas en la herramienta por la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación, en conjunto con la Oficina de Enfermedades Infecciosas.

### **B.9 Fuentes de información**

- a) Censo diario de pacientes - digital o físico.
- b) Expediente clínico — digital o físico (historia clínica, indicaciones médicas, notas de evolución, notas de enfermería, reportes quirúrgicos u otros).
- c) Estudios de apoyo diagnóstico como:
  - Resultados de bacteriología o microbiología
  - Resultados de leucograma u otro examen de laboratorio o gabinete pertinente para definir el caso.
- d) Información directa obtenida del equipo médico y asistencial.
- e) Observación directa de los dispositivos cuando sea necesario.

### **B.10 Actividades del procesamiento**

Todas las encuestas deben ser digitadas en el sistema en línea, lo cual puede hacerse de 2 formas:

- a) A través del llenado digital directo de la encuesta en línea, utilizando dispositivo electrónico por el encuestador.
- b) A través de la digitación centralizada de la encuesta, por medio de uno o más digitadores asignados, quienes deberán contar con computadora de uso exclusivo y a tiempo completo para esta tarea. Estos deben ser capacitados en el uso de la herramienta digital y la encuesta física.

Se debe preparar una base de datos (estandarizada con las variables ya establecidas en la

encuesta y en el sistema informático). En el hospital esta base estará a cargo del equipo de medición local y a nivel nacional, estará a cargo de la Oficina de Enfermedades Infecciosas a través del PNPCI.

### **B.11 Limpieza de la base de datos**

Una vez finalizado el proceso de digitación, se debe proceder a la limpieza y edición de la base de datos, a fin de garantizar su calidad y consistencia. Esta etapa implica el procesamiento estadístico preliminar de las variables mediante el cálculo de frecuencias simples y la generación de tabulaciones cruzadas entre variables relacionadas, con el objetivo de identificar posibles inconsistencias o datos atípicos. Por ejemplo, pueden analizarse cruces entre diagnóstico principal y sexo, servicio y edad, o edad y sexo, entre otros, para detectar registros que no correspondan o que requieran corrección. Al concluir este procedimiento, se dispondrá de una base de datos depurada y validada, apta para iniciar el análisis estadístico formal el cual incluye los siguientes indicadores:

- Prevalencia global de IAAS.
- Prevalencia de uso de ATM.
- Prevalencia de dispositivos biomédicos.
- Prevalencia de IAAS por servicio.
- Prevalencia de IAAS en recién nacidos.
- Promedio de días de estancia hospitalaria de pacientes con IAAS.
- Proporción de pacientes con IAAS por rangos de días de estancia.

En Anexo 3 se presenta la tabla con las fórmulas de cálculo de los indicadores

### **B.12 Protección y almacenamiento de la información**

Una vez que se ha completado el informe final estandarizado que incluye: la descripción general del hospital, las características de la población hospitalizada encuestada, la descripción y análisis de los indicadores epidemiológicos básicos resultado de la medición puntual, la evaluación de las experiencias operativas y oportunidades de mejora tanto del proceso de la medición puntual y de los de PCI hospitalarios, se procederá a desarrollar las siguientes tareas:

- a) El equipo técnico de PCI de todos los hospitales del SNIS, procede a resguardar la base de datos local, generada a partir de la recopilación y procesamiento de la información, y mantener su confidencialidad. Cualquier uso de la información queda bajo responsabilidad de cada hospital.
- b) La OEI/PNPCI en conjunto con la DTIC procederán a resguardar la base de datos nacional.
- c) En el caso de la información física, esta debe ser resguardada según el tiempo establecido en la normativa de cada una de las instituciones participantes.

### **B.13 Comunicación de los resultados**

Los resultados deben ser comunicados a las siguientes instancias:

- A Nivel Local: al Comité gerencial o comité de gestión estratégica del hospital.
- A Nivel Superior: a las dependencias vinculadas a PCI por medio de informe durante la sala situacional nacional y en la evaluación anual de PCI.

## VI. Glosario

1. **Camas censables:** Son las camas instaladas en el área de hospitalización que aloja al paciente, posterior a su ingreso, para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento y genera un egreso hospitalario.
2. **Camas no censables:** Son las camas que se destinan a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.
3. **Diagnóstico de ingreso:** Afección diagnosticada al inicio del proceso de atención hospitalaria siendo esta la causante primaria que define la necesidad de ingreso del paciente para tratamiento o investigación. Si hay más de una afección así caracterizada, se debe seleccionar la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante (el primero) como afección principal (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10).
4. **Paciente hospitalizado:** es la persona que ocupa una cama de hospital mientras recibe atención de diagnóstico o tratamiento. No se considera paciente hospitalizado al recién nacido sano en alojamiento conjunto.

## VII. Siglas

**ATM:** Antimicrobiano.

**CNPCI:** Comité Nacional de Prevención y Control de Infecciones.

**DTIC:** Dirección de Tecnología de Información y comunicaciones.

**EPINE:** Estudios de Prevalencia de Infección Nosocomial realizados en España.

**IAAS:** Infección Asociada a la Atención Sanitaria.

**PCI:** Prevención y control de infecciones.

**PNPCI:** Programa nacional de prevención y control de infecciones.

**SENIC:** Study on the efficacy of nosocomial infection control.

**SNIS:** Sistema Nacional Integrado de Salud.

## VIII. Disposiciones finales

### a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal de la Dirección y los equipos de Prevención y control de infecciones de cada hospital del Sistema Nacional Integrado de Salud, dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

### b) Revisión y actualización

Los presentes lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del Minsal o cuando se determine necesario por parte del Titular.

### c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de la parte solicitante, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

## IX. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

The image shows a handwritten signature in blue ink on the left, followed by a circular official seal on the right. The seal contains the text 'MINISTERIO DE SALUD' at the top, 'REPUBLICA DE EL SALVADOR' at the bottom, and a central emblem featuring a sun, a mountain, and a river.

**Dr. Francisco José Alabi Montoya**  
**Ministro de Salud *ad honorem***

## X. Bibliografía

1. Informe mundial sobre la prevención y el control de infecciones. Ginebra; 2024.
2. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud, módulo III: Información para gerentes y directivos Washington, D.C.:
3. Ministerio de Salud. "Protocolo-Estudio de prevalencia puntual en la red nacional de hospitales". Unidad Nacional de Enfermería, Red Nacional de Seguridad del Paciente; mayo de 2017.
4. Ministerio de Salud. Manual de procedimientos técnicos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales. ; mayo de 2009. Disponible en: [https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/Manual\\_infecciones\\_nosocomiales\\_P1.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/Manual_infecciones_nosocomiales_P1.pdf).
5. Ministerio de Salud. Norma para el control de las infecciones en la atención sanitaria, Art. 10. ; 2010. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/norma\\_infecciones\\_sanitarias.pdf&ved=2ahUKEwjv7J2s-JuOAxU-TDABHcYcJ2MQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw3VIMvilYkxiwgdT2eC5iuu](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/norma_infecciones_sanitarias.pdf&ved=2ahUKEwjv7J2s-JuOAxU-TDABHcYcJ2MQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw3VIMvilYkxiwgdT2eC5iuu).
6. Ministerio de Salud. Lineamientos para el Control de Infecciones en la Atención Sanitaria. ; 2010.
7. Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria. ; 2015.
8. Ministerio de Salud. "Protocolo-Estudio de prevalencia puntual en la red nacional de hospitales". , Unidad Nacional de Enfermería, Red Nacional de Seguridad del Paciente; mayo de 2017.
9. Ministerio de Salud, Consejo Superior de Salud Pública,. Manual de procedimientos operativos estándar para la evaluación ética de la investigación en salud. , Comité Nacional de ética de la investigación en salud; agosto de 2015.
10. Prevención de las infecciones nosocomiales: Guía práctica. Segunda ed.; 2003.
11. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de la encuesta de prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos en los hospitales de España (protocolo-prevalencia IRAS). ; 2019. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS>.
12. Ministerio de Salud de Perú. Protocolo: Estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias. , Dirección General de Epidemiología; 2014. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390203/protocolo-estudio-de-prevalencia-de-infecciones-intrahospitalarias.pdf?v=1571241292>.
13. Instituto Nacional de Salud de El Salvador. Uso de los Sistemas de Información y Vigilancia Laboratorial. ; 2017. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjNstr-m6OCaxURqjABHUW7DYEQFnoECCQQAQ&url=https%3A%2F%2Fins.salud.gob.sv>.
14. Álvarez Díaz L. Prevalencia y factores asociados a las infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Biociencias. 2020 Noviembre; 15(2): 69-81.

## XI. Anexos

### Anexo 1

#### Ficha de encuesta de prevalencia de IAAS

##### Datos generales del hospital

1. Institución\*:  MINSAL  ISSS  COSAM
2. Nombre del hospital\*: \_\_\_\_\_

##### Datos del paciente

3. Servicio de hospitalización\*: \_\_\_\_\_
4. Número de expediente clínico\*: \_\_\_\_\_
5. Fecha y hora de ingreso al hospital\*: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ hora:\_\_:\_\_ / am. / pm.
6. Días de estancia hospitalaria cumplidos al momento de la encuesta\*: \_\_\_\_\_
7. Edad en años: \_\_\_\_\_
8. Edad en meses (en menores de 1 año): \_\_\_\_\_
9. Edad en días (menos de 30 días): \_\_\_\_\_
10. Sexo\*:  Masculino  Femenino
11. ¿El paciente ha sido referido de otro establecimiento? \*:  Si  No
12. ¿Cuál es el diagnóstico principal de ingreso? \*: \_\_\_\_\_

##### Datos de factores de riesgo existentes para el desarrollo de una IAAS

13. ¿Tiene alguno de los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de una IAAS?\*(  
(puede ser más de uno):
  - Dispositivo biomédico invasivo
  - Intervención quirúrgica
  - Comorbilidades
  - Estancia mayor de 10 días
  - Prematurez
  - Bajo peso al nacer
  - Mayor de 80 años
  - Uso de ATM por más de 15 días
  - Enfermedades dermatológicas (quemaduras o con pérdida de la continuidad de la piel)
  - Ninguno (pase a la pregunta 33)
14. ¿Qué tipo de dispositivo biomédico invasivo presenta? (puede ser más de uno)
  - Catéter vascular periférico

- /// Catéter vascular central
- /// Catéter para hemodiálisis
- /// Catéter de diálisis peritoneal
- /// Catéter vesical ó urinario
- /// Ventilación mecánica invasiva

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

- /// Ninguno

15. ¿Qué tipo de intervención quirúrgica presenta?

- /// Apendicectomía
- /// Colectomía
- /// Osteosíntesis
- /// Herniorrafia
- /// Derivación ventrículo-peritoneal
- /// Episiotomía

Otro tipo de intervención quirúrgica, especifique:\_\_\_\_\_

- /// Ninguna

16. ¿Qué tipo de comorbilidad presenta (distintas al diagnóstico principal de ingreso)?

Comorbilidad	Si	No	Desconocido
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			
Enfermedad oncológicas y hematológicas			
VIH/SIDA, hepatitis B y C			
Desnutrición severa			
Diabetes mellitus			
Enfermedad renal			
Enfermedades de la motoneurona, esclerosis múltiple.			
Enfermedad de Alzheimer/demencia.			
Enfermedades gastrointestinales crónicas			
Obesidad			
Enfermedades autoinmunes e inmunológicas			
Evento cerebrovascular			
Cardiopatías congénitas			

#### Datos de infección generales

17. ¿El paciente presenta alguna infección? \*: // Si // No (Si la respuesta es no, pasar a la pregunta 21)
18. ¿Tiene una infección con origen en este hospital? // Si // No
19. ¿Tiene una infección con origen en otro establecimiento? // Si // No
20. ¿Tiene una infección con origen comunitario? // Si // No

### Datos del antimicrobiano

21. ¿Tiene indicado antimicrobiano? \*: // Si // No (si la respuesta es "no", pase a la pregunta 25)

Nombre del o los antimicrobianos indicados al paciente y su vía de administración

22. Nombre del antimicrobiano	23. Vía de administración
a)	// Parenteral // Oral
b)	// Parenteral // Oral
c)	// Parenteral // Oral
d)	// Parenteral // Oral

### 24. ¿Porque razón se le indico el antimicrobiano?:

- // Tratamiento de una infección adquirida en la comunidad
- // Tratamiento de una IAAS
- // Profilaxis quirúrgica
- // Profilaxis médica
- // Indicación o razón desconocida

Otra indicación (especificar): \_\_\_\_\_

### Datos de IAAS

25. ¿El paciente presenta alguna IAAS? \* // Si // No  
(si la respuesta es NO, pase a la pregunta 37)

26. ¿Cuántas IAAS tiene el paciente?: \_\_\_\_\_

27. ¿Cuáles son los tipos de IAAS que presenta?	Si	No	28. Fecha de inicio de síntomas	29. ¿Fue notificada?	
				Si	No
Candidemia o bacteriemia asociada a catéter vascular central					
Candidemia o bacteriemia asociada a catéter para hemodiálisis					
Candidemia o bacteriemia asociada a catéter vascular periférico					
Infección/peritonitis asociada a catéter de diálisis peritoneal					
Flebitis infecciosa por catéter vascular periférico					
IVU asociada a sonda vesical					
Neumonía asociada a ventilador mecánico					
Endometritis post parto vaginal					
Endometritis post cesárea electiva					
Endometritis post cesárea de emergencia					
Endometritis por otros procedimientos					
Endometritis post legrado ginecológico					
ISQ post cesárea electiva					
ISQ post cesárea de emergencia					
ISQ post apendicectomía por laparotomía					
ISQ post apendicectomía por laparoscopia					
Diarrea intrahospitalaria por clostridiodes difficile					
ISQ post herniorrafía					
ISQ post derivación ventrículo peritoneal, meningitis o ventriculitis					
ISQ post colecistectomía por laparotomía					
ISQ post colecistectomía por laparoscopia					
ISQ post osteosíntesis					
Infección de episiotomía					
Otro tipo de IAAS, especificar:					

Datos microbiológicos

30. ¿Se tomó muestra(s) para identificación microbiológica? \*: // Si // No  
(si la respuesta es "no", pase a la pregunta 35)

Llene el siguiente cuadro:

¿Qué tipo(s) de muestra(s) se tomó (aron)? ¿de qué sitio(s) anatómico(s)?, ¿Cuál(es) fue(ron) el (los) microorganismos aislados?

No	31. Tipo de muestra	32. Fecha de toma de muestra	33. Origen de muestra (Sitio anatómico)	34. Microorganismo identificado
1				a)
				b)
				// Negativo
				// Pendiente de resultado
2				a)
				b)
				// Negativo
				// Pendiente de resultado
3				a)
				b)
				// Negativo
				// Pendiente de resultado

35. ¿A los cuantos días de uso del dispositivo biomédico apareció la infección?: \_\_\_\_\_

36. ¿A los cuantos días después de la cirugía apareció la infección?: \_\_\_\_\_

37. Fecha de finalización de la encuesta\*: \_\_\_\_\_

38. Nombre del encuestador\*: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Instructivo del llenado de la ficha de encuesta

Nota: Este instructivo está basado en el llenado virtual de la encuesta. En caso que se haga en físico anotar lo que corresponda o se considere pertinente.

Datos generales del hospital (esta sección debe ser dada por el equipo investigador local).

1. **Institución:** Marcar con una "X" la casilla a la cual corresponda la institución a la que pertenece el hospital a encuestar (MINSAL, ISSS, COSAM).
2. **Nombre del hospital:** Seleccionar el nombre del hospital del listado desplegable. Si es llenada en físico colocar el nombre del hospital.

### Datos del paciente

3. **Nombre del servicio de hospitalización:** Seleccionar el nombre del servicio según el listado desplegable del catálogo estandarizado de servicios de hospitalización del MINSAL, en caso de no tener coincidencia del 100% con el listado de nombres, seleccionar el nombre del servicio más aproximado a la especialidad que se refiera. Cuando la encuesta sea llenada en físico anotar el nombre con el que se conoce el servicio en donde se encuentra hospitalizado el paciente el día de la encuesta.
4. **Número de expediente clínico:** Anotar el número de expediente clínico dado al paciente en el hospital.
5. **Fecha y hora de ingreso:** Anotar la fecha y hora puesta en la hoja de indicaciones en donde se indica "pasar a ingreso hospitalario" en la presente hospitalización. La hora debe ser en formato de 24 horas. En caso de llenado físico anotarlo en formato de 12 horas y marcar si es am. o pm.
6. **Días de estancia hospitalaria cumplidos al momento del encuesta:** Anotar el número de días cumplidos de estancia hospitalaria contados a partir de la fecha y hora del ingreso hasta la fecha y hora de realización de la encuesta.
7. **Edad en años:** Anotar la cantidad de años cumplidos en el caso de personas mayores de un año.
8. **Edad en meses:** Anotar el número de meses cumplidos para el caso de los menores de un año.
9. **Edad en días:** Anotar el número de días cumplidos para el caso de los recién nacidos (menores de 30 días).
10. **Sexo:** Seleccionar o marcar con una "X" según corresponda el sexo biológico del paciente.
11. **¿El paciente ha sido referido de otro establecimiento?:** Se debe seleccionar o marcar con una "X" la casilla "sí" o "no" de acuerdo a si ha sido referido de otro establecimiento de salud.
12. **¿Cuál es el diagnóstico principal de ingreso?:** Anotar el diagnóstico principal por el cual se ingresa al paciente (en el presente ingreso). Esto debe hacerse según la versión de CIE que se utilice en el hospital.

## Datos de factores de riesgo existentes para el desarrollo de una IAAS

13. **¿Tiene alguno de los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de una IAAS? \***  
(puede ser más de uno): Seleccionar de la lista desplegable o marcar con una "X" la o las casillas que corresponda a cada uno de los factores de riesgo que tiene el paciente para el desarrollo de una IAAS. Pueden ser más de una casilla. Si se encuentra en estado crítico utilizar escala APACHE (ver anexo 1), sino presenta ninguno pasar a pregunta 33.
14. **¿Qué tipo de dispositivo biomédico invasivo presenta?:** Seleccionar de la lista desplegable o marcar con una "X" la o las casillas que corresponda a cada uno de los dispositivos biomédicos que tiene el paciente al momento de la encuesta. Pueden ser más de una casilla. En el caso de seleccionar la opción de "otro" anotar el dispositivo biomédico específico. En el caso de no tener ningún dispositivo biomédico invasivo al momento de la encuesta seleccionar o marcar "ninguno".
15. **¿Qué tipo de intervención quirúrgica presenta?:** Seleccionar del listado desplegable o marcar con una "X" la o las casillas que corresponda a cada una de las intervenciones quirúrgicas que tiene el paciente al momento de la encuesta. Pueden ser más de una casilla. En el caso de seleccionar la opción de "otro tipo de intervención quirúrgica" anotar la intervención quirúrgica específica. En el caso de no haber sido operado seleccionar "ninguna"
16. **¿Qué tipo de comorbilidad presenta (distintas al diagnóstico principal de ingreso)?** Seleccionar del listado desplegable o marcar con una "X" las opciones que corresponda de "Si", "No" o "Desconocido" sobre la lista de comorbilidades descritas. Tener en cuenta que estas solo aplican si son diagnósticos distintos al diagnóstico principal de ingreso, si sucede esto último no se debe tomar en cuenta como comorbilidad.

## Datos de infección generales

17. **¿El paciente presenta alguna infección?** Seleccionar o marcar con una "X" la casilla "si" o "no" si durante la encuesta se indaga o se encuentra evidencia de ser una infección. Si la respuesta es no, pasar a la pregunta 19.
18. **¿Tiene una infección con origen en este hospital?** Seleccionar o marcar con una "X" la casilla "si" o "no" si durante la encuesta se indaga o se encuentra evidencia de ser una infección adquirida en el hospital, según las características clínicas y definiciones de caso de IAAS establecidas en los lineamientos vigentes o si es considerada de esa forma por el equipo médico tratante o por el encuestador.
19. **¿Tiene una infección con origen en otro establecimiento?** Seleccionar o marcar con una "X" la casilla "si" o "no" si durante la encuesta se indaga o se encuentra evidencia de ser una infección adquirida en otro establecimiento de salud, según las características clínicas y definiciones de caso de IAAS establecidas en los lineamientos vigentes o si es considerada de esa forma por el equipo médico tratante o por el encuestador.

20. **¿Tiene una infección con origen comunitario?** Seleccionar o marcar con una "X" la casilla "si" o "no" si durante la encuesta se indaga o se encuentra evidencia de ser una infección adquirida en la comunidad, según las características clínicas y descartando que cumpla con las definiciones de caso de IAAS establecidas en los lineamientos vigentes o si es considerada de esa forma por el equipo médico tratante o por el encuestador.

### Datos del antimicrobiano

21. **¿Tiene indicado antimicrobiano?** Seleccionar o marcar con una "X" la casilla "si" o "no" si durante la encuesta se indaga o se encuentra evidencia de tener indicado y/o haberse administrado en las últimas 24 horas uno o más antimicrobianos. Si se encuentra algún antimicrobiano que haya sido suspendido, pero ya fue administrado al paciente dentro de este margen de tiempo, se tomara como antimicrobiano indicado y se deberá marcar la casilla "Si", de lo contrario será descartado y se tomará como antimicrobiano no indicado y se deberá marcar la casilla "No".
22. **Nombre del antimicrobiano:** Seleccionar de la lista desplegable o anotar el nombre genérico del antimicrobiano indicado al paciente, se pueden anotar hasta un máximo de 4 antimicrobianos indicados, si existen más, seleccionar los últimos 4 que fueron administrados o indicados. Si no aparece el antimicrobiano en la lista desplegable, seleccionar otro y especificar el nombre del antimicrobiano y su vía de administración.
23. **Vía de administración del antimicrobiano:** Seleccionar o marcar con una "X" la casilla que corresponda a la vía de administración de cada antimicrobiano: parenteral u oral.
24. **¿Porque razón se le da tratamiento antimicrobiano?:** Seleccionar de la lista desplegable o marcar con una "X" la casilla que corresponda a la razón o razones por la cual se la ha indicado el antimicrobiano al paciente, pueden ser varias opciones; en caso de seleccionar la opción de "otra indicación" se debe poner la razón específica de dicha indicación.

Para esto el encuestador deberá investigar la evidencia de la razón de la indicación o indagar con el equipo médico tratante.

Si no se encuentra ninguna evidencia concreta que indique la razón de la indicación o no es posible obtener una razón al entrevistar al equipo médico tratante, o no es posible contactar con el equipo médico tratante, se deberá anotar "indicación o razón desconocida"

No debe ser inferido por el encuestador si este tiene duda sobre la razón de la indicación. En este caso debe anotar "indicación o razón desconocida".

### Datos de IAAS

25. **¿El paciente presenta alguna IAAS?:** Seleccionar o marcar con una "X" la opción que corresponda de "Si" o "No" tiene alguna IAAS al momento de la encuesta. Para esto la infección se debe clasificar si durante la encuesta se indaga o se encuentra evidencia de ser una infección que cumple con las definiciones de caso de IAAS establecidas en los lineamientos vigentes independientemente de la clasificación dada por el equipo médico tratante. En este caso puede ocurrir que el equipo médico tratante la haya clasificado como IAAS y no ser una IAAS o viceversa. El encuestador debe revisar el cuadro clínico y cotejarlo con las definiciones de caso.

26. **¿Cuántas IAAS tiene el paciente?:** Poner el número de IAAS que tiene el paciente.
27. **¿Cuáles son los tipos de IAAS que presenta?:** Seleccionar o marcar con una "X" para cada una de las opciones de tipos de IAAS especificadas, "Si" o "No" corresponde a una IAAS. Si no aparece el tipo de IAAS identificada en la lista, debe seleccionar la opción de "Otro tipo de IAAS" y especificar el diagnóstico de la IAAS, al momento de la encuesta.
28. **Fecha de inicio de síntomas:** Anotar la fecha de inicio de síntomas de cada IAAS.
29. **¿Fue notificada?:** Seleccionar o marcar con una "X" la opción que corresponda de "Si" o "No", según corresponda a la evidencia de notificación encontrada con la hoja de VIGEPES IAAS.

### Datos microbiológicos (candidiasis, bacterias otros hongos y levaduras)

30. **¿Se tomó muestra para cultivo microbiológico?** Seleccionar o marcar con una "X" la casilla "si" o "no" si durante la encuesta se indaga o se encuentra evidencia de haberse tomado muestra para cultivo microbiológico.
31. **¿Tipo(s) de muestra(s) tomada(s)?** Seleccionar del listado desplegable estandarizado o anotar el tipo de muestra que se tomó para realizar el cultivo microbiano. Se pueden seleccionar o anotar hasta un máximo de 3 tipos de muestras. Si existen más de 3 tipos de muestras tomadas, anotar las últimas 3 que fueron positivas y si todas son negativas anotar las últimas 3 negativas. Si hay menos de 3 positivas, continuar anotando las últimas con resultados negativos reportadas.
32. **Fecha de toma de muestra:** Anotar la fecha en que se tomó la muestra para el cultivo microbiano.
33. **Origen de muestra (sitio anatómico):** Seleccionar del listado estandarizado desplegable o anotar el origen o sitio anatómico de donde fue tomada la muestra para microbiología.
34. **Microorganismos identificados:** Seleccionar del listado estandarizado desplegable o anotar el nombre del microorganismo aislado por cada tipo de muestra tomada, pudiendo anotar hasta un máximo de 2 tipos de microorganismos aislados por cada tipo de muestra o en su defecto seleccionar o marcar con una "X" la casilla de resultado "negativo" o está "pendiente de resultado".
35. **¿A los cuantos días de uso del dispositivo biomédico apareció la infección?:** Anotar el intervalo de días desde la aplicación del dispositivo hasta la fecha de apareamiento de la IAAS.
36. **¿A los cuantos días después de la cirugía apareció la infección?:** Anotar el intervalo de días desde la fecha de la operación hasta la fecha de apareamiento de la IAAS.
37. **Fecha de finalización de la encuesta:** Anotar la fecha de finalización de la encuesta.
38. **Nombre del encuestador:** Anotar el nombre y un apellido del encuestador.

### Anexo 3

#### Cálculo de los indicadores epidemiológicos básicos de la medición puntual

Indicador	Fórmula aritmética
Prevalencia global de pacientes con IAAS	No total de pacientes con IAAS / Total de pacientes encuestados x 100
Prevalencia de uso de ATM	No de pacientes con ATM / Total de pacientes encuestados x 100
Prevalencia de dispositivos biomédicos	Pacientes con dispositivos "X" / total de pacientes encuestados x 100
Prevalencia de IAAS por servicio	Pacientes con IAAS del servicio "X" / total de pacientes encuestados del servicio "X" x 100
Prevalencia de IAAS en recién nacidos	Recién nacidos con IAAS / total de recién nacidos encuestados x 100
Prevalencia de MO en pacientes con IAAS	Número pacientes con IAAS con un MO específico aislado/ Total de pacientes con IAAS x 100

**Fuente:** Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la medición puntual de infecciones asociadas a la atención en salud en los hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud. MINSAL 2025.

Indicador	Fórmula aritmética
Proporción de MO en pacientes con IAAS	Número microorganismo específico aislados en pacientes con IAAS/ Total de MO aislados en pacientes con IAAS x 100
Proporción de IAAS notificadas	Número de IAAS notificadas / total de IAAS encontradas x 100
Proporción de IAAS por servicio	Número de IAAS en el servicio "X"/ total de IAAS x 100

**Fuente:** Equipo técnico de elaboración de los Lineamientos técnicos para la medición puntual de infecciones asociadas a la atención en salud en los hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud. Minsal 2025.