SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

ACCIÓN O PROCESO INTEGRAL E INTEGRADO: PROCESO INTEGRAL E INTEGRADO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

PROCESO TRANSVERSAL: VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

FICHA TÉCNICA DE: SUBSISTEMA VIGILANCIA

DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD Y RESISTENCIA BACTERIANA (IAAS, RB)

VIGENCIA: 01 OCTUBRE DE 2025 A 30 JUNIO 2027
Versión 2

Bogotá D.C

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO

1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL SUBSISTEMA..... 3

2. OBJETIVO GENERAL..... 11

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 12

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN..... 12

4.LINEA OPERATIVA: GESTION, ANALSISIS Y DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN 13 ACCIÓN DE VIGILANCIA PARA EL BIENESTAR: GERENCIA DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.... 13

5. ACCIONES DE BIENESTAR OBJETO DE VERIFICACIÓN 24

6. LINEA OPERATIVA: INTERVENCION INTEGRAL EN BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PUBLICA Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO EN IPS . 26

6.1 ACCIONES DE VIGILANCIA PARA EL BIENESTAR: ACCIONES DE PREPARACIÓN ANTE BROTES, ALERTAS O EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA. 26

7. ACCIÓN DE VIGILANCIA PARA EL BIENESTAR: MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y RED DE OPERADORES. 27

7.1 ACCIONES DE BIENESTAR SUJETAS A VERIFICACION 28

8. REFERENCIAS 29

FICHA TÉCNICA DE EVENTOS INFECCIONES ASOCIADA A LA ATENCION EN SALUD Y RESISTENCAI BACTERIANA. (IAAS, RB).

1. **CONCEPTUALIZACIÓN DEL SUBSISTEMA**

El propósito del programa de prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), la Resistencia Bacteriana y el PROA (programa de uso racional de antimicrobianos), es disminuir las IAAS y la resistencia bacteriana como actual problema de salud pública, en el marco de la normatividad vigente, resolución 2471 de 2022 " Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos para los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS y de Optimización del Uso de Antimicrobianos – PROA y se dictan disposiciones para su implementación" y la resolución 073 del 2008 por la cual se adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias-IIH para Bogotá D.C.

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, son multicausales y tienen como factores contribuyentes aspectos relacionados con los sistemas de salud, los procesos de la prestación del servicio o los comportamientos individuales de los trabajadores de la salud; ninguna institución, ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS. La carga de IAAS en varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.

Según el primer informe mundial sobre prevención y control de IAAS publicado por la OMS en 2023, de cada 100 pacientes en hospitales, 7 pacientes en países de ingresos altos (HIC) y 15 pacientes en países de ingresos bajos y medianos (LMIC) adquirirán al menos una infección relacionada con la atención médica durante su estadía en el hospital. Hasta el 30% de los pacientes en cuidados intensivos pueden ser afectados por infecciones asociadas a la atención de la salud, con una incidencia de 2 a 20 veces mayor en LMIC que en HIC, en particular entre los recién nacidos. Aproximadamente uno de cada cuatro (23,6%) de casos de sepsis tratados en hospitales están relacionados con la atención médica. Casi la mitad (48,7%) los casos de sepsis con disfunción orgánica tratados en unidades de cuidados intensivos de adultos se adquieren en el hospital (1)

Para los años 2016-2017, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de enfermedades (ECDC) calculó que cada año ocurrían 4,5 millones de episodios de IAAS en pacientes ingresados en hospitales de la Unión Europea y los países

del Espacio Económico Europeo (UE y EEE) (2). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) estiman que 1 de cada 31 pacientes hospitalizados y 1 de cada 43 residentes de hogares de ancianos tiene un problema de salud asociado a infección (3). El problema de la infección y la propagación de la resistencia antimicrobiana (RAM) también se presenta en centros de atención crónica, el ECDC estimó que cada año se producen 4,4 millones de episodios de infecciones asociadas a la atención sanitaria en los países de la UE y el EEE. De manera similar, el CDC estimó que 1 de cada 43 residentes de hogares de ancianos tiene un IAAS.

En los países de la UE y el EEE, la carga de las seis IAAS más frecuentes en términos de discapacidad y la mortalidad prematura fue el doble de la carga de otras 32 enfermedades infecciosas combinadas. La mortalidad entre los pacientes afectados por sepsis asociada a la atención de la salud fue del 24,4%, aumentando al 52,3% entre los pacientes tratados en una unidad de cuidados intensivos. La mortalidad entre los pacientes infectados con microorganismos resistentes es al menos dos o tres veces mayor que entre los infectados con microorganismos sensibles. En los países de la UE y el EEE, los tres microorganismos resistentes a los antibióticos más impactantes, que representan el 70% de la carga de RAM (en términos de discapacidad y mortalidad prematura), por lo general son adquiridos en entornos de atención de la salud. La pandemia de COVID-19 y otros importantes brotes epidémicos recientes han puesto en evidencia que los establecimientos de atención de salud pueden contribuir a la propagación de las infecciones, causando daño a los pacientes, los trabajadores de la salud y los visitantes, si se presta una atención insuficiente a la prevención y control de infecciones (PCI). (1)

Según el informe mundial de prevención de infecciones de la OMS, cuando se siguen prácticas adecuadas en materia de higiene de las manos y otras prácticas eficaces en función de los costos, el 70% de esas infecciones pueden prevenirse. Actualmente, en los países de ingreso alto, 7 de cada 100 pacientes ingresados en un hospital de cuidados intensivos contraerán al menos una infección nosocomial durante su hospitalización, cifra que asciende a 15 de cada 100 pacientes en los países de ingreso bajo o mediano. Por término medio, 1 de cada 10 pacientes afectados fallecerá por una infección asociadas a la atención en salud. Los pacientes ingresados en cuidados intensivos y los recién nacidos están particularmente expuestos a este riesgo. Del informe también se desprende que aproximadamente 1 de cada 4 casos de septicemia tratados en el hospital y casi la mitad de todos los casos de septicemia con disfunción orgánica tratados en las unidades de cuidados intensivos están relacionados con la atención de salud.

La pandemia de COVID-19 hizo visibles un gran número de problemas y lagunas en materia de los programas de control de infecciones (PCI) existentes en todas las regiones y países, incluidos aquellos que contaban con los programas de PCI

más avanzados. En los últimos cinco años, la OMS ha realizado encuestas mundiales y evaluaciones conjuntas con los países a fin de evaluar la situación en lo que respecta a la aplicación de los programas nacionales de PCI. Si se comparan los datos obtenidos de las encuestas realizadas en 2017-2018 y en 2021-2022, el porcentaje de países que cuentan con un programa nacional de PCI no ha mejorado; además, en 2021-2022 solo 4 de los 106 países evaluados (el 3,8%) respetaban todos los requisitos mínimos instaurados a nivel nacional en materia de PCI. Ello queda reflejado en la aplicación inadecuada de las prácticas de PCI en el lugar de consulta y, según una encuesta realizada por la OMS en 2019, tan solo el 15,2% de los establecimientos de salud cumplían todos los requisitos mínimos en materia de PCI. (1).

Con relación a las infecciones más frecuentes las infecciones asociadas a dispositivos incluyen la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter central (ITS-AC) y la infección del tracto urinario asociada a catéter urinario (ISTU-AC). Estas se asocian con prolongación de la estancia hospitalaria, incremento del consumo de antimicrobianos, costos adicionales y una mayor morbimortalidad. Cerca del 70% de todos los pacientes hospitalizados requieren, en algún momento de su estancia en el hospital, un catéter en una arteria o vena periférica. La OMS estimó que, entre 2000 y 2018, la mortalidad media de los pacientes afectados por una sepsis relacionada con la atención de salud fue del 24,4%, y este porcentaje llegaba al 52,3% en el caso de los pacientes tratados en unidades de cuidados intensivos. Muchas septicemias están causadas por infecciones bacterianas resistentes a los antibióticos. En países de ingresos altos, la densidad de incidencia para NAV oscila entre 5 y 8 casos por 1.000 días de ventilación, mientras que en países en desarrollo puede superar los 30–50 casos. Comportamientos similares se evidencian en ITS-AC (1 vs. 4–12 casos) e ISTU-AC (0,5–5 vs. 3–8 casos por 1.000 días-catéter).(7)

Los análisis que agrupan los resultados de revisiones sistemáticas calcularon que la implementación de intervenciones de PCI puede lograr una reducción significativa de las tasas de IAAS, en particular las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres (ITS AC), independientemente del nivel de ingresos de un país (1). Estos estudios identificaron que las infecciones del torrente sanguíneo debidas a una variedad de patógenos resistentes, principalmente asociados con la atención médica, fueron la segunda causa más frecuente de la carga global atribuible y asociada a la RAM en 2019, causando casi 1,3 millones de muertes en todo el mundo (5). Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas con la atención médica son la segunda causa más común de discapacidad y muertes prematuras debido a las IAAS (6). La mortalidad bruta excesiva debida a infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéteres (ITSAC) en pacientes adultos fue del 23,6% en un estudio realizado en 25 países

de todo el mundo (7). Durante el año 2025, en Colombia, el 21,5% de los casos de NAV fueron clasificados clínicamente, mientras que el resto contaron con confirmación microbiológica. Los principales agentes etiológicos aislados fueron Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli y Pseudomonas aeruginosa, con variaciones según tipo de UCI. K. pneumoniae predominó en UCI adulto y neonatal, P. aeruginosa en UCI pediátrica, y Staphylococcus epidermidis se identificó con mayor frecuencia en ITS-AC en UCI neonatal. (8)

Las IAAS en particular aquellas vinculadas a procedimientos médico-quirúrgicos, no solo impactan negativamente en la seguridad del paciente, prolongando estancias hospitalarias y aumentando la morbilidad y mortalidad, sino que también generan costos significativos para los sistemas de salud, tanto en países de altos ingresos como en contextos de recursos limitados (1).

En cuanto a las Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAPMQ) el INS reportó en el año 2023 un total de 4,248 casos confirmados en Colombia, con una tasa de incidencia nacional de 0,5 por cada 100 procedimientos. Bogotá y Antioquia concentraron más del 35% de los casos del país, reflejando tanto la alta capacidad instalada como los retos en el control de infecciones en instituciones de alta complejidad (9).

Es pertinente resaltar la relevancia del análisis conjunto del consumo de antibióticos en entornos hospitalarios, las infecciones asociadas a dispositivos (IAD), las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ) y los brotes de IAAS, como parte integral del sistema de vigilancia epidemiológica en salud pública. Esta integración permite una visión más completa del riesgo, comportamiento y evolución de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, así como de los patrones de uso y posible sobreuso de antimicrobianos en hospitales. El estudio articulado permite identificar relaciones causales y factores de riesgo compartidos, como la falta de adherencia a prácticas de bioseguridad, deficiencias en la higiene de manos, y la prescripción inadecuada o empírica de antimicrobianos (10).

Otro de las graves amenazas actuales en salud pública es la emergencia de la resistencia antimicrobiana (RAM), se estimó que en 2019 las muertes asociadas con RAM bacteriana fueron 4,95 millones (95% intervalo de incertidumbre (UI) 3,62–6,57), incluidos 1,27 millones (95 % UI 0,911–1,71) de muerte atribuible a la RAM bacteriana en todo el mundo, con la carga más alta en África Subsahariana Occidental. Entre los principales patógenos de resistencia a los antimicrobianos responsables de esta carga, 5 de cada 6 estaban principalmente asociados a la atención de la salud. (1). Adicional las infecciones bacterianas resistentes, por sí solas, podrían costar hasta 412.000 millones de dólares al año, sumadas a unas pérdidas de productividad de 443.000 millones de dólares, y se prevé una

disminución del 11% en la producción ganadera en los países de bajos ingresos para 2050 (11)

Pero la situación es más compleja de lo que parece, a nivel mundial, la resistencia a los antimicrobianos podría generar 1 billón de dólares de costos adicionales de atención médica por año para 2050 y entre 1 billón y 3,4 billones de dólares de pérdidas del producto interno bruto por año para 2030.

Sin embargo, en el marco de la segunda Reunión de Alto Nivel sobre Resistencia a los antimicrobianos, celebrada el 26 de septiembre de 2025, se dio la declaración política, donde se identificaron brechas e intervenciones que buscan dar respuesta a esta problemática, generando compromisos como:

- A 2026 las organizaciones cuatripartitas en consulta con los Estados miembros actualicen el Plan de acción mundial sobre la RAM y que estas formalicen la secretaria conjunta cuatripartita permanente, con el fin de coordinar y apoyar la respuesta mundial ante esta problemática.

- Garantizar, de aquí a 2030 que todos los países hayan desarrollado o actualizado y estén implementando los planes de acción nacionales, multisectoriales sobre la RAM (11).

En Colombia, teniendo como referencia la “Estrategia global para contener la resistencia antimicrobiana” publicada por la OMS en 2001 (12), durante el año 2009 el Instituto Nacional de Salud lidera la propuesta de un “Plan Estratégico para la conformación de la Red Nacional para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS y la Resistencia a los antimicrobianos, 2010-2014”.

En el año 2012, se promulga en Colombia La Política Farmacéutica Nacional por el Ministerio de Salud y Protección Social incluyendo de manera prioritaria entre sus líneas estratégicas “la promoción del uso racional de medicamentos” y el fortalecimiento de la regulación y la vigilancia del uso de medicamentos, haciendo un énfasis especial en los antimicrobianos. (13).

Durante el año 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, publica el “Plan Nacional de Respuesta a la Resistencia a los Antimicrobianos” en concordancia con la solicitud de la OMS dada en el Plan de acción mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos (14).
La propagación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos es un problema crítico en los entornos de atención en salud; las intervenciones de PCI desempeñan un papel importante para reducir significativamente la propagación, junto con un diagnóstico óptimo y administración antimicrobiana controlada. En los países de la UE/EEE, los 5 patógenos más frecuentes que causan las IAAS

son Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Enterococcus spp. Pseudomonas aeruginosa y Klebsiella spp. Los patógenos típicos en el entorno sanitario también incluyen Candida spp. Acinetobacter spp. y Clostridium difficile en cuanto a S. aureus resistente a la meticilina La proporción media de S. aureus resistente a la meticilina (MRSA) fue del 24,9 % (rango intercuartílico (RIC) 11,4–42,7) a nivel mundial en 2020 y 15,5 % en los países de la UE/EEE en 2019, mientras que en algunos países se encontró que llegaba al 25–50 % (1). Durante la pandemia se evidenció la emergente de IAAS y RAM. Un informe de 2021 mostró aumentos significativos en la tasa de infección estandarizada para eventos asociados al ventilador (35%); BAC asociada a vía central (aumento del 24 %) y en MRSA de inicio hospitalario (aumento del 15 %) en Estados Unidos.

Después de la mayoría de los picos de COVID-19 en Latinoamérica y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó, el 22 de octubre del año 2021, la Alerta Epidemiológica Emergencia e incremento de nuevas combinaciones de carbapenemasas en Enterobacterales en Latinoamérica y el Caribe (5) . La alerta epidemiológica presento, como durante la pandemia de COVID-19 se ha documentado, la emergencia de microorganismos extremadamente resistentes y un aumento de la incidencia de resistencia a carbapenémicos, posiblemente relacionados con el incremento del uso de antibióticos de amplio espectro en pacientes con COVID-19. Al mismo tiempo, se observó un aumento en la tasa de infecciones asociadas a dispositivos en las unidades de cuidados intensivos, principalmente por catéter vascular central y ventilación mecánica.

Ante el cambio de la distribución geográfica de las carbapenemasas y la emergencia y diseminación de bacterias productoras de más de una de estas enzimas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) enfatizaron la importancia del diagnóstico microbiológico apropiado y la implementación efectiva y articulada de programas de prevención y control de infecciones, así como de regulaciones para la optimización del uso de antimicrobianos.

En el contexto nacional, Colombia enfrenta desafíos críticos derivados del uso indiscriminado de antibióticos, tanto en el ámbito comunitario como hospitalario. Estudios recientes evidencian que hasta el 50% de las prescripciones son innecesarias o inapropiadas (3), lo que acelera la aparición de microorganismos multirresistentes. Bogotá, como epicentro del sistema de salud del país, reporta algunas de las tasas más altas de resistencia, particularmente en bacterias como *Klebsiella pneumoniae* 30% resistente a carbapenémicos y *Staphylococcus aureus* 40% resistente a meticilina (9). La posible relación entre el consumo elevado de antibióticos de amplio espectro y la incidencia de IAAS sugiere un círculo vicioso donde el uso indiscriminado de antimicrobianos puede contribuir a la aparición de resistencia antimicrobiana (RAM), dificultando el tratamiento de

infecciones asociadas a la atención en salud y elevando el riesgo de brotes hospitalarios. Además, factores como la falta de adherencia a protocolos de higiene, la sobreocupación hospitalaria y la limitada implementación de Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA) agravan la situación (11).

La Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y resistencia bacteriana incluye:

Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS): Se encarga de caracterizar el comportamiento de las infecciones asociadas atención en salud (IAAS); permite identificar los estándares del índice de IAAS global, teniendo como indicadores trazadores la tasa de incidencia de infecciones asociadas a dispositivo IAD, endometritis e infecciones de sitio quirúrgico, además se encarga de caracterizar las infecciones de acuerdo a variables como localización anatómica, servicio afectado, microorganismo causal, promedio de estancia atribuido a la infección, mortalidad asociada a IAAS, formular recomendaciones de acuerdo al comportamiento del evento para fortalecer la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud en Bogotá, D.C.

Dando cumplimiento a la circular 045 del 29 de agosto de 2012, del Ministerio de Salud y Protección Social, la vigilancia en salud pública de Infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia y consumo a los antimicrobianos se incorpora al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila. De tal manera la Secretaría distrital de salud en su responsabilidad de validar, consolidar, evaluar, y analizar la información reportada por las unidades notificadoras del distrito capital se alinea con los protocolos del Instituto Nacional de Salud.

Vigilancia Epidemiológica de Resistencia Bacteriana (RB): Se encarga de caracterizar el comportamiento de agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos a partir de la información generada en laboratorios de microbiología de instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad.

Vigilancia a la Metodología distrital de análisis de mortalidad asociada a infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS): La Secretaría de salud, durante el año 2018 implementa en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del distrito, una metodología para el análisis de los casos de mortalidad asociada a las IAAS que permite tamizar los casos más sensibles para ser llevados a análisis por un sistema de gestión de riesgo clínico, a su vez para

identificar la magnitud del evento y los factores que lo determinan, con el fin de que sea utilizada en las instituciones del distrito como herramienta para contribuir a una prevención eficaz de la mortalidad asociada a IAAS y en el marco de que este análisis es obligatorio en el caso de mortalidades que se dan en pacientes caracterizados en brotes de IAAS en las IPS.

La vigilancia de las infecciones Asociadas a la Atención en Salud y la Resistencia Bacteriana incluye los siguientes eventos:

Tabla 1 Eventos Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Resistencia bacteriana

IPS Notificadoras	**Protocolo de Vigilancia Nacional**	**Eventos a vigilar:**	**Lugar de Vigilancia**	**Herramienta de notificación**
Instituciones de mediana y alta complejidad	IAD PRO-Código 357-colectiva 359	ITS – AC y uso catéter Central NAV y uso de ventilador mecánico	UCI – Adultos	Aplicativo web SIVIGILA
			UCI – Pediátrica	
			UCI – Neonatal	
		ISTU – AC y uso de catéter Urinario	UCI – Adultos	
			UCI – Pediátrica	
Instituciones de baja, mediana y alta complejidad	CAB PRO-código 354	1. Cefepime	UCI NO UCI ADULTOS. APLICA IPS con CAMAS DE SALUD MENTAL	
		2. Ceftriaxona		
		3. Ciprofloxacina		
		4. Ertapenem		
		5. Meropenem		
		6. Piperacilina tazobactam		
		7. Vancomicina		
		8. Ceftazidima avibactam		
		9. Ampicilina Sulbactam		
		10. Oxacilina		
		11. Amoxacilina + ácido clavuánico		
		12. Amikacina		
		13. Gentamicina		
		14. Doripem		

		15. Trimetropina+sulfametoxazol		
		16. Linezolid		
Instituciones de baja, mediana y alta complejidad	IAPMQ PRO-código 352-colectiva 362	Cesárea Colecistectomía Herniorrafia Parto vaginal Revascularización miocárdica con incisión torácica y de sitio donante (RVM)	Instituciones de baja, mediana y alta complejidad	
Instituciones y Prestadores de servicios de Salud	Brotes de IAAS. Sin código	Se deben notificar todos los brotes de IAAS según definición de brote del protocolo Nacional	Instituciones de todas las complejidades	Base de caracterización de casos creación propia Programa de Control de IAAS.
Instituciones de mediana y alta complejidad	Resistencia bacteriana a los antimicrobianos en al ámbito hospitalario (RB) SIn código.	Aislamientos bacterianos Fenotipos de resistencia bacteriana Perfiles de resistencia	UCI NO UCI	Whonet INT-R02.4000.011

Fuente: Creación propia agosto 2025

2. Objetivo General

Mejorar las capacidades institucionales y de los profesionales de la salud en las acciones de vigilancia, prevención y control para las Infecciones Asociadas a la Atención (IAAS) y la resistencia bacteriana (RB) a través de asistencias técnicas en las instituciones de mediana y alta complejidad del Distrito Capital.

2.1 Objetivos específicos

- Realizar acompañamiento concurrente a la implementación de los eventos de vigilancia epidemiológica de las IAAS y RB en IPS de mediana y alta complejidad del distrito capital.

- Garantizar el funcionamiento, mantenimiento y monitoreo de la vigilancia de los eventos de IAAS y resistencia bacteriana priorizados por el nivel nacional en todas las UPGD del distrito capital.

- Realizar verificación al análisis de mortalidad por IAAS que se realizan en las IPS de mediana y alta complejidad.

- Generar asistencia técnica a cada IPS priorizada.

3. Descripción de la intervención

El presente documento enmarca y describe la operación de los procesos de vigilancia epidemiológica para los Eventos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud partiendo desde la captación del caso, seguimiento y cierre de los mismos, realizando intervenciones tanto individuales como colectivas y las formas de trabajar en articulación con los diferentes actores involucrados en los procesos de vigilancia en salud pública. Lo anterior enmarcado en el pilar de gestión del riesgo en salud del modelo MAS Bienestar para el cual las acciones desde el componente de eventos IAAS tendrán énfasis en las acciones en las IPS en donde se desarrollaran acciones de acompañamiento técnico y acompañamiento a los procesos de notificación y análisis de la información con acciones de tipo educación y sensibilización a la comunidad con los entornos (Hogar, Educativo, Laboral, Comunitario e Institucional), realizando acciones de comunicación y educación con la finalidad de sensibilizar a toda la comunidad en el adecuado uso de medicamentos con énfasis en antimicrobianos, antibióticos y todas las medidas de prevención de infecciones como la higiene de manos y la etiqueta de tos., cortar la cadena de transmisión, brindar información, educación y comunicación en medidas de prevención de infecciones y resistencia bacteriana.

Políticas y protección de datos personales

La seguridad de la información resultante del proceso de VSP, se genera a través de mecanismos que respalden la información en relación con la integridad y la confidencialidad. Este proceso no es solo responsabilidad de la Subred sino de toda institución que produce datos relevantes para aportar al desarrollo social y que detallen variables de identificación personal.

La Secretaría Distrital de Salud desarrollo la "Política de Seguridad de la Información" SDS-TIC-POL-001 V.12, cuyo objetivo principal está encaminado a garantizar los lineamientos de seguridad de la información de la SDS (recursos de software, recursos de hardware, sistemas de información) se usen únicamente para los propósitos que

fueron creados y dentro del marco previsto, asegurando la confidencialidad de la información; y la "Política de protección de datos personales SDS-TIC-POL 003 V.3

Frente a todas las acciones aquí descritas se tendrán profesionales especializados en epidemiologia con experiencia profesional en control de IAAS, resistencia antimicrobiana, PROA y Programa de Control de Infecciones, como este sistema de vigilancia se basa en las acciones implementadas en las IPS y no requiere acciones de intervención en comunidad, y depende de la distribución de las IPS en la ciudad se define tener 4 epidemiólogos los cuales realizan las acciones en todo el territorio de Bogotá, esto dado a que la red de IPS se concentra en ciertas localidades de Bogotá por lo que dependiendo la necesidad de las acciones y acompañamientos se distribuirán los epidemiólogos, igualmente se define que para las IPS de la red pública se solicitara la intervención de los epidemiólogos contratados por una sub red diferente esto para no generar conflicto de intereses al verificar IPS de la misma red de contratación.

Dependiendo la prestación del servició de salud abran IPS en las cuales se verifiquen puntualmente ciertos eventos, ya qué no notifican todos los s eventos de vigilancia de IAAS, por lo cual se generaran instrumentos de lista de chequeo diferenciados para estas IPS.

4. LINEA OPERATIVA: GESTION, ANALSISIS Y DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN

4.1 ACCIÓN DE VIGILANCIA PARA EL BIENESTAR: GERENCIA DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Gestión de la información del componente Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Resistencia Bacteriana (RB)

Descripción:

Corresponde a aquellas actividades necesarias para la identificación, caracterización, priorización e intervención de las IAAS identificando el riesgo y mitigando el impacto de los diferentes eventos, así como reflejar en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), las acciones realizadas que permitan tener información confiable y con calidad (ajustes y cierre de casos). Es de aclarar que las acciones generales de los eventos IAAS y resistencia bacteriana se enmarcan en los protocolos nacionales del INS.

Actividad 1: Recepción de la información, registro, consolidación y georreferenciación del evento.

- Validar el cumplimiento de la notificación de manera semanal y mensual de los eventos de IAAS y resistencia bacteriana.

Brotes de IAAS

- Identificar si la IPS a notificado brotes en los últimos 6 meses si es así, verificar que se notifique de manera inmediata al correo de IAAS de la secretaria distrital de salud (informe de 24 horas cumpliendo el informe como lo solicita el lineamento Distrital de brotes 2025, importante revisar la oportunidad de la notificación para este evento que es inmediata (24 horas), verificar el ingresó de cada uno de los casos a la matriz de caracterización, la cual se encuentra en línea diligenciada por medio de cuestionario web. Cada sub red debe definir a cual correo se compartirá esta base la cual solo se podrá visualizar, ya que no se autoriza modificación de casos ni variables.
- Verificar que el informe de 24 horas, 72 horas y final cumplan con todos los item establecidos en el lineamiento de brotes que ya conocen las IPS y que esta colgado en la pagina web en el link:

  https://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/IACS.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FInfecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud%2FLineam%5Fy%5Fotros&FolderCTID=0x0120007069FA9C7AA19446BF660063138B90C9&View=%7B7067DB75%2D352E%2D4772%2D876E%2D9E423455D36D%7D

  Verificar que la IPS realice acciones de búsqueda activa de casos de IAAS para ello

  Verificar que estén llevando a cabo la construcción por IPS de los comportamientos inusuales, cada IPS debe diligenciar de manera mensual la plantilla diseñada y realizar el análisis del comportamiento, tanto la plantilla como el instructivo de este ya fue enviado a las IPS.

  Verificar que la IPS cuente con el análisis de cada una de las posibles IAAS ocurridas en cada periodo epidemiológico, la IPS debe contar con una base nominal en la cual caracterice las posibles IAAS confirmando o descartando cada caso, esta verificación se debe hacer basada en los criterios de notificación del INS y en el Documento de actualización de criterios para la notificación de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) al sistema de vigilancia epidemiológica en Bogotá D. C enl cual se encuentra en la pagina web en el siguiente link:

  https://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/IACS.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FInfecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud%2FGuias&FolderCTID=0x0120007069FA9C7AA19446BF660063138B90C9&View=%7B7067DB75%2D352E%2D4772%2D876E%2D9E423455D36D%7D

  El programa de control de IAAS no tiene una base estandarizada para la búsqueda activa de casos cada IPS diseña su base, esta base debe permitir identificar

cada uno de los casos de manera nominal, indicando servicio en donde se encuentra el paciente, comorbilidades de base, signos y síntomas y definición del caso IAAS o su descarte y cual según la clasificación del documento previamente mencionado en el párrafo anterior

Verifique que la IPS tiene instalado el complemento de Excel para la construcción del grafico de control y que en los informes de brotes y en las acciones de búsqueda activa mensual lo usen, Solicite a la IPS los datos con que construye el grafico de control y verifique que saben instalar el complemento, realizar el grafico de control y analizarlo, para ampliar información de este revise el lineamiento de brotes 2025 el cual se encuentra en la pagina web de la SDS en el lugar de infecciones asociadas a la atención en salud link de documento:

https://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/IACS.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FInfecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud%2FLineam%5Fy%5Fotros&FolderCTID=0x0120007069FA9C7AA19446BF660063138B90C9&View=%7B7067DB75%2D352E%2D4772%2D876E%2D9E423455D36D%7D

Resistencia bacteriana a los antimicrobianos en al ámbito hospitalario

La vigilancia de resistencia antimicrobiana a partir de las bases de datos Whonet, incluye los aislamientos bacterianos (género y especie) de importancia en salud pública obtenidos de cualquier tipo de muestra clínica de pacientes en UCI y servicios de hospitalización (No UCI), sin incluir servicios de urgencias, cuya determinación de la sensibilidad a los antibióticos está definida por concentración inhibitoria mínima (método de microdilución en caldo y E-test) o difusión con disco, de acuerdo a los puntos de corte del Instituto de Estándares de Laboratorios Clínicos (CLSI) vigente (22).

Para poder realizar las acciones de verificación de que la IPS esta notificando este evento es necesario realizar la lectura a profundidad del protocolo llamado " Vigilancia de Resistencia bacteriana a los antimicrobianos en al ámbito hospitalario" el cual se encuentra en la pagina web de INS.

Se tomará como silencio epidemiológico la no recepción de la notificación de la base de datos WHONET dentro de los 20 primeros días del mes siguiente al que esta notificando, el archivo se envía directamente al correo de iaas-rb@saludcapital.gov.co

Frente a la notificación de RB en el WHONET es necesario asegurar qué la IPS cuenta con el aplicativo y realiza la acción de notificación con calidad para ello se debe verificar:

1. Ir a la carpeta data ubicada en disco C local, carpeta whonet 5

2. Revise la base del mes a notificar, que venga nombrada con los tres caracteres que fue configurada la IPS guion bajo las tres primeras letras del mes a notificar guion bajo el año a notificar, revise que por la variable fecha de toma de muestra, se encuentre del 1 al 30 o 31 según el mes que se notifique, no deben haber fechas de meses previos posteriores al que se va a notificar.

3. Verificar la calidad del dato en las variables fecha de muestra y tipo de muestra.
   Fecha de muestra: debe estar completamente diligenciada en el formato (dd,mm,año), que correspondiente al mes a notificar.
   No enviar información en la base de WHONET de muestras ambientales, fómites, medicamentos, alimentos y cepas de control.
   Tipo de muestra: se debe verificar las variables “tipo de muestra (numérico)”, “tipo de muestra (sigla muestra)” y “código de la muestra local”, de acuerdo con los códigos del Diccionario de códigos BacLink-WHONET hoja tipos de muestra; columnas: "spec_code ó tipo de muestra (numérico)" "spec_type ó tipo de muestra", "local_spec ó código de muestra local". No se deben encontrar muestras sin siglas ni tipo de muestra, y no se pueden encontrar muestras con un “tipo de muestra” (98 Desconocido, 59 orina chorro medio, 89 Otros). Las secreciones deben estar específicas de acuerdo con la parte anatómica.
   Verificar la calidad en las variables microorganismos y código del microorganismo.
   Microorganismo: esta variable debe estar diligenciada y corresponde a la sigla del microorganismo respectivo, de acuerdo al Diccionario de códigos BacLink-WHONET hoja Microorganismos.
   Código de microorganismo local: corresponde al nombre completo del microorganismo (género y especie). Diligenciado según Diccionario de códigos BacLink-WHONET hoja Microorganismos.
   Verificar que cada microorganismo a monitorear posea la información cuantitativa de susceptibilidad ya sea por concentración inhibitoria mínima (MIC), difusión en disco o Etest.
   Ningún aislamiento debería tener antibiótico sin resultado CIM.
   Comprobar que los aislamientos de Enterococcus sp y Staphylococcus sp posean el dato de CIM para linezolid y vancomicina ,para Enteroccus sp con el dato de la CIM a ampicilina.

4. Verificar la presencia de perfiles de resistencia inusuales, por ejemplo, Staphylococcus aureus resistente a vancomicina, que debe confirmarse y efectuar el ajuste de la CIM en la base. Si en el proceso de confirmación continua resistente a vancomicina, este aislamiento debe ser enviado al INS para su confirmación de acuerdo con los criterios de envió establecidos por el grupo de Microbiología. En gram neativo resistencia a betalactamicos en especial carbapenemicos, cefalosoporinas de 3ra y 4ta generación, ceftazidima avibactam.
   Candidas spp. revisar resistencia a fluconazol, voriconazol, anfotericina B.

5. Se debe reportar los casos de infecciones asociadas a la atención en salud, con énfasis tipo de infección asociada a dispositivos ITS-AC, ISTU-AC y NAV e ISO como ISO-CE, ISOHE, ISO-CO e ISO-RE y endometritis puerperal END-CE y END-PV en WHONET. Se requiere la verificación caso a caso, asegurándose de que el microrganismo, el criterio de la infección, la fecha de toma de muestra (fecha diagnostico en SIVIGILA) de la IAD e ISO estén reportados tanto en Whonet como en Sivigila la misma fecha, confirmando la concordancia de las variables mencionadas y de la notificación del caso de IAD e ISO tanto WHONET como en SIVIGILA.

6. Se debe tener en cuenta que los casos reportados con variables de infección tanto de IAD como de ISO en WHONET, deben ser reportados en el Sivigila bajo el

código del evento correspondiente (357 o 352) de acuerdo con el análisis efectuado por la institución, a excepción de las NAV NEU 1.

7. Las infecciones extrainstitucionales no necesitan ser registradas en la base de datos Whonet

Infecciones Asociadas a Dispositivos IAD

Para los eventos de IAD es necesario tener en cuenta la verificación de:

Fecha diagnóstica IAD: Que corresponde a la fecha en la cual se detecta el primer elemento (signo, síntoma, prueba diagnóstica o microbiológica) de una infección específica que se produce por primera vez dentro del periodo de ventana.

Periodo de tiempo de infección Repetida (RIT por sus siglas en inglés) El período de 14 días durante el cual no se reportan nuevas infecciones del mismo tipo. Si se cumplen los criterios para el mismo tipo de infección y la fecha del evento está dentro del RIT de 14 días, no se identifica ni informa un nuevo evento, los patógenos adicionales recuperados durante el RIT del mismo tipo de infección se agregan al evento y la fecha original del evento se mantiene como es el RIT original de 14 días

Notas: Para neonatos se establece como infección asociada a la atención en salud si esta comienza a partir de las 72 horas de nacimiento o admisión a la institución hospitalaria. El dispositivo debe terminar en uno de los grandes vasos o en o cerca del corazón para clasificarlo como un catéter central.

· Los introductores son considerados como catéteres intravasculares y dependiendo de la localización de su punta, pueden ser una línea central.

· El catéter de hemodiálisis con flujo continuo hacia el sistema venoso central (HERO- Hemodialysis Reliable Outflow), que se encuentra en uno de los grandes vasos se considera una línea central.

· Los electrodos de los marcapasos y otros dispositivos no tunelizados, insertados en el corazón o grandes vasos no son considerados catéteres centrales, porque no son utilizados para infundir o extraer fluidos.

· El catéter umbilical es un dispositivo vascular central insertado a través de la arteria o vena umbilical en un neonato.

Instrucciones de Reporte

Reportar microorganismos hemocultivados como ITS-CL cuando no sea evidente otro sitio de infección.

Si hay un hemocultivo positivo y hay signos o síntomas de infección en el sitio de inserción de un catéter vascular, sin encontrarse ningún otro tipo de infección, la infección es considerada como una ITS primaria.

La flebitis purulenta confirmada por cultivo semicuantitativo positivo de punta de catéter, pero con hemocultivo negativo o sin hemocultivo, se considera como una infección cardiovascular arterial o venosa y no como una ITS.

Ocasionalmente un paciente puede tener simultáneamente un catéter central y un acceso venoso periférico y desarrollar una infección del torrente sanguíneo, que puede ser claramente atribuida a la línea periférica (ej: pus en el sitio de inserción y cultivos positivos para el mismo patógeno en sangre y en la secreción). En esta situación la infección no se reportará dentro del numerador de las ITS-AC del indicador del Subsistema Nacional

Frente a la oportunidad se debe tener en cuenta que la notificación la cual no debe pasar los 8 días cuando se trata de un evento individual (357), y para los colectivos (359) no puede pasarse del 2 lunes de cada mes vencido.

En IAD individual se verifica que la fecha de la toma de muestra sea igual a la fecha del diagnóstico, también que los laboratorios (microorganismos estén acordes a los criterios según el tipo de IAD.

Para esta notificación nominal es importante que *El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.

Se debe verificar que la misma información de la 357 se refleje en la 359 colectiva.

Las UPGD que tengan habilitados servicios de UCI o UCI intermedia tanto adulto como pediátrica deberán reportar el consolidado mensual de uso de dispositivos, a través de la ficha 359 máximo hasta el lunes de la segunda semana siguiente al mes vigilado. La notificación deberá ser sostenida durante los 12 meses del año, la ausencia de dicha notificación mensual se tomará como silencio epidemiológico.

NOTA GENERAL:
Para los eventos de IAD es importante tener clara la oportunidad, fechas, variables de criterios para IAD, revisar caracterización de camas UCI incluidas intermedias según registro del aplicativo REPS, debe coincidir el número de mamas habilitadas independientemente en el servicio sean usadas como camas de UCI adultos o intermedias.

Infecciones Asociadas a Procedimientos Medico Quirúrgicos (IAPMQ)

Para el evento 352 se debe verificar diligenciamiento completo de cada una de las variables incluyendo:

- Fecha de procedimiento
- Fecha de inicio de síntomas (La fecha de inicio de síntomas no puede ser antes del procedimiento)
- Clasificación ASA
- Variable tipo de Infecciones, se debe definir si es superficial, profunda u órgano espacio
- Para parto y cesárea verificar diligenciamiento variable ruptura de membrana

- Verificar ley de transferencia, el caso debe ser notificado por la UPGD que realizo el procedimiento
- Verificar el diligenciamiento la variable duración del procedimiento
- Verificar el diligenciamiento la variable peso y talla
- Verificar el diligenciamiento del código de la infección órgano espacio, variable (org_esp_af)
- En caso de contar con resultado de laboratorio, se debe realizar ajuste (3) confirmado por laboratorio, dado que tiene un reporte de cultivo ingresado en el módulo de laboratorio.
- En caso de parto, se debe ajustar la variable tipo de infección, dado que las Infecciones asociadas a parto vaginal se clasifican como órgano espacio
- Ajustes
- La clasificación de los casos se realizará de acuerdo con el análisis epidemiológico, factores de riesgo y los resultados de laboratorio para confirmar o descartar los casos notificados al SIVIGILA.
- Así mismo, se tendrá en cuenta los tiempos de ajustes cuatro semanas epidemiológicas para los casos.

Las UPGD que realicen los procedimientos médico-quirúrgicos vigilados, deberán reportar el consolidado mensual de cada procedimiento, a través de la ficha 362 máximo hasta el lunes de la segunda semana siguiente al mes vigilado. La notificación deberá ser sostenida durante los 12 meses del año, la ausencia de dicha notificación mensual se tomará como silencio epidemiológico.

Se debe verificar el cumplimiento en la notificación mensual de los denominadores (número de procedimientos realizados en el mes) de cada uno de los procedimientos vigilados:

- Cesárea
- Herniorrafía
- Parto vaginal
- Revascularización miocárdica y del sitio donante
- Colecistectomía
- En caso de que en un periodo no se realicen procedimientos se debe ingresar el número 0, no dejar vacío el espacio.

Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario evento 354

Para el evento 354 se realiza una vigilancia epidemiológica prospectiva basada en los registros físicos o electrónicos de los servicios farmacéuticos, de manera mensual colectiva para los servicios de hospitalización y unidad de cuidado intensivo, incluyendo la unidad de cuidado intensivo intermedio (*Para aquellas instituciones en donde las UCI **comparten su espacio físico y personal asistencial** con la atención de pacientes de unidades de cuidado intermedio, la información contenida en la ficha de notificación de consumo de antibióticos correspondiente a Unidad de Cuidados Intensivos*), se debe verificar diligenciamiento completo de cada una de las variables incluyendo:

Información general

- Código de UPGD y razón social: debe coincidir con el código de la UPGD asignado en el sistema
- Fecha de la notificación: ingrese la fecha en la que se está realizando la notificación.
- Mes y año a reportar: ingrese el mes y año de la notificación.
- Tipo de servicio: UCI adultos, servicios de hospitalización adultos, ambos

Gramos consumidos en unidad de cuidado intensivo adulto

Total camas de UCI-A: ingrese el número de camas de UCI-Adultos que se vigilan en el mes.

Total días de ocupación de cama al mes en UCI-A: Se calcula contando a diario cuantos pacientes están “ocupando” una cama en el servicio, normalmente se realiza todos los días en un mismo horario.

Total días de cama disponible al mes en UCI-A: se calcula realizando la multiplicación de total camas del servicio * días exactos del mes

Proporción de ocupación del servicio: es un calculo automático, se calcula entre los días camas ocupadas/días cama disponible

Gramos consumidos: Ingrese el total de gramos consumidos al mes de los antibióticos en listados en las variables. Para el caso de Piperacilina, Tazobactam solo incluir gramos de principio activo (Piperacilina).

Gramos consumidos en el servicio de hospitalización adulto

Total camas de Hospitalización-A: ingrese el número de camas de UCI-Adultos que se vigilan en el mes.

Total días de ocupación de cama al mes en Hospitalización-A: Se calcula contando a diario cuantos pacientes están “ocupando” una cama en el servicio, normalmente se realiza todos los días en un mismo horario.

Total días de cama disponible al mes en Hospitalización-A: se calcula realizando la multiplicación de total camas del servicio * días exactos del mes

Proporción de ocupación del servicio: es un calculo automático, se calcula entre los días camas ocupadas/días cama disponible

Gramos consumidos: Ingrese el total de gramos consumidos al mes de los antibióticos en listados en las variables. Para el caso de Piperacilina, Tazobactam solo incluir gramos de principio activo (Piperacilina).

Notificación mensual

Desde el primer día hasta el segundo lunes del mes siguiente. La notificación deberá ser sostenida durante los 12 meses del año, la ausencia de dicha notificación mensual se tomará como silencio epidemiológico.

Notificación negativa: ingresar 0 gramos, si no hay consumo

Ajustes de información a la Notificación

Realizados por el profesional responsable de la vigilancia CAB de la respectiva UPGD, **máximo hasta el último día del mes siguiente a la fecha límite de notificación.**

Ajuste 7. Otro ajuste
Proporción de ocupación.
Días cama ocupadas.
Días cama disponible.
Camas vigiladas.
Gramos consumidos de antibiótico

Ajuste D.
Errores en la llave primaria de Sivigila.
Registro duplicado
Registros prospectivos

Nota: Todas las variables de las bases SIVIGILA en las cuales se hizo énfasis para cada evento son sujetas al proceso de verificación es decir que pueden generar hallazgos.

Actividad 2: Monitoreo y seguimiento de la calidad del dato de las fuentes de información de VSP (depuración, pre-crítica, crítica, ajustes y retroalimentación)

- Verificar la calidad de la información de las bases de SIVIGILA para los eventos de IAAS y resistencia bacteriana, revisando que todas las variables de las bases estén completamente diligenciadas.
- Realizar la actualización de información al SIVIGILA de acuerdo a la necesidad de ajustes y clasificación de acuerdo a los laboratorios si se requiere con un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas a partir de la fecha de notificación del caso.

- Validar y ajustar los eventos con residencia en Bogotá, de tal manera que no se evidencien casos sin información de ubicación. Para ello se requiere soporte de acta de ajuste con SIVIGILA.

- Garantizar los ajustes solicitados por SDS o el INS cumplir con los tiempos establecidos por el referente distrital de cada evento; si el caso fallece, deberá realizarse el ajuste correspondiente al SIVIGILA.

Para el análisis de mortalidad de IAAS se debe realizar determinación de que tipo de mortalidad es, según la metodología diseñada para ello, cada caso debe contar con el Excel completamente diligenciado que permite identificar que tipo de mortalidad es asociada o evitable, verifique este análisis si la mortalidad se de en el marco de un brote, si no es así solo oriente a la IPS a que realice el análisis de mortalidad.

Se debe leer de manera detallada y revisar el Excel de reporte de mortalidad el cual se encuentra en la página web de la SDS.

https://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/IACS.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FInfecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud%2FLineam%5Fy%5Fotros&FolderCTID=0x0120007069FA9C7AA19446BF660063138B90C9&View=%7B7067DB75%2D352E%2D4772%2D876E%2D9E423455D36D%7D

el documento se llama Metod_Mortal_Asoc_IAAS, el Excel de análisis se encuentra en la carpeta llamada Plan_Not y se denomina Matriz_ indic_ Mortalidad_ IAAS para el análisis de cada evento se debe verificar el diligenciamiento de cada hoja con la ponderación final en la cual se identifica el grado de evitabilidad de la mortalidad, hasta aquí va el análisis individual de cada caso, no es necesario la verificación del consolidado de indicadores por que este solo se envía de manera trimestral al programa de control de IAAS distrital.
Dentro del Excel esta el formato de acta y demás por lo que no es necesario un acta adicional se debe verificar que soporten el análisis de cada caso y tener soportes de firmas de las personas que participaron en el análisis, igualmente verificar que el certificado de defunción tenga la cadena causal correcta frente a las causas de muerte, según el análisis realizado.

- Verificar que las IPS Cumplan con el cálculo de los indicadores que cada uno de los protocolos solicita por cada evento, se debe identificar la construcción de indicadores de manera mensual o trimestral según el evento y su análisis en el marco del comité de IAAS, recordar que deben establecer meta de cada indicador frente a sus históricos y que deben tener soporte de como priorizaron la presentación de los mismo en el comité, todos los indicadores deben ser analizados por parte del grupo operativo, en la reunión del comité mensual de IAAS y PROA se presentan y analizan los que hallan definido priorizar, revisar actas en donde coste el análisis de la información.

- Se debe garantizar que las variables específicas por evento en la cara B, así como los resultados de laboratorio con sus respectivas muestras, agente y fecha de

toma queden diligenciadas adecuadamente; tener en cuenta el ingreso en el módulo de laboratorio de SIVIGILA.

Nota: Debe tenerse en cuenta que la fecha de recepción de las muestras en el LSP, usualmente NO corresponde a la fecha de toma de la misma, por lo cual se debe garantizar el adecuado diligenciamiento de las variables en las fichas de notificación y/o garantizar el ajuste en la base SIVIGILA.

- Se debe garantizar los ajustes de los eventos con residencia de otra entidad territorial de acuerdo a la información suministrada por grupo SIVIGILA local o a través del referente distrital.

- Se debe verificar que la IPS cuente con acta mensual de comité de IAAS y PROA en donde se socialicen indicadores, situación de brotes, temas socializados en el comité de IAAS distrital

- El epidemiólogo de la Subred que ejecute estas acciones debe realizar búsqueda activa de casos en las bases de estadísticas vitales y mantener una concordancia con respecto a los casos notificados y con condición final muerto. Se debe generar articulación con estadísticas vitales mensual para la revisión de los casos con diagnóstico de posibles IAAS, verificando los casos y generando las solicitudes de ajustes si es el caso, se debe contar con acta mensual que de cuenta de esta articulación.

Actividad 3. Gestión de la información en espacios locales y Distritales y seguimiento a la operación de los subsistemas

Los referentes de las localidades designados para la vigilancia de las IAAS, RB y brotes deben participar activamente en los comités de IAAS distritales los cuales son realizados por el Programa Distrital de IAAS el segundo viernes de cada mes, verificar para el año 2025 el cronograma de comités el cual se encuentra en el documento llamado Lineam_IAAS_2025

Link de pagina web: https://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/IACS.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FInfecciones%20Asociadas%20a%20Atencin%20en%20Salud%2FLineam%5Fy%5Fotros&FolderCTID=0x0120007069FA9C7AA19446BF660063138B90C9&View=%7B7067DB75%2D352E%2D4772%2D876E%2D9E423455D36D%7D

Con relación a vigilancia comunitaria se debe generar articulación con este subsistema de la subred para las fechas de conmemoración que se describen a continuación , para definir acciones a realizar en comunidad, ya sean en las unidades comunitarias o en el COVECOM; con el fin de implementar las estrategias de información, educación, y comunicación (IEC) para que la comunidad reconozca la importancia y las acciones de prevención y contención de infecciones y resistencia bacteriana, como es el uso adecuado de antibióticos, higiene de manos, higiene respiratoria, aislamientos cuando se tiene cuadros infecciosos.

Frente a las acciones de conmemoración y concientización de IAAS y RB están la semana mundial de concienciación de la resistencia a los antimicrobianos la cual se celebra del 18 al 25 noviembre de cada año, igualmente el día mundial de higiene de manos el cual se conmemora el 15 de octubre y va dirigido a incentivar esta práctica en la comunidad en general, es importante poder generar con el subsistema de vigilancia comunitaria actividades para conmemorar estas fechas, por ello es necesario que para estas fechas se pueda generar articulación y acciones con este componente, de debe soportar acciones de articulación con VSP de manera semestral (actas de reunión y/o prestaciones de actividades, fotos, videos de las acciones desarrolladas), para la vigencia 2025 se exonera acciones frente a la conmemoración del día mundial de higiene de manos correspondiente al 15 de octubre por que esta mes inicio el contrató PIC

Con relación a la Búsqueda Activa Institucional
Para este componente se da claridad que se debe verificar que la acción de BAI se esté implementado en la IPS según lo establecido por lineamiento de transmisibles en donde está integrada la BAI para IAPMQ. Describir en el acta de visita si se está realizando esta acción y si no cuales son las causas del incumplimiento.

5. ACCIONES DE BIENESTAR OBJETO DE VERIFICACIÓN

Actividad 1

- Bases de los eventos que ingresan por el aplicativo SIVIGILA para IAAS con calidad y ajuste según tiempos establecidos. En el seguimiento se tendrá en cuenta que el 100% de las variables críticas descritas en este lineamiento por evento se encuentren ajustadas. Periodicidad mensual, (verificar que el epidemiólogo de la sub red en las visitas y acercamientos a las IPS entregue a la IPS los ajustes a realizar de manera regular y que se vea reflejado el ajuste en las descargas del SIVIGILA por cada eventos).
- Acta de revisión de casos con referente distrital que explique inoportunidad en el ajuste. Periodicidad según necesidad.
- Acta de ajustes realizados en articulación entre epidemiólogo de gestión de la información con técnico de SIVIGILA. Periodicidad mensual.
- Se da claridad que después de la acción de la visita a la IPS se debera generar una sola acta en donde se detalle todas las acciones que se verificaron de las 2 actividades descritas en este lineamiento si da a lugar, por lo que se debe describir al inicio del acta las acciones que se realizaran en la visita que den cuanta de la implementación de la actividad 1 y 2, en esta acta se debe visualizar la revisión de cumplimiento de cálculo y socialización de indicadores de la vigilancia establecidos para los eventos IAAS en el comité de IAAS de la IPS y por el equipo operativo de la institución.
  El acta debe describir de manera detallada la verificación de los evento presentados en la actividad 1 notificación de brotes ,verificación de resistencia bacteriana con la verificación de lo expuesto, verificación de eventos IAAS y

soporte de revisión de Bases casos de IAAS probables confirmados o descartados con diligenciamiento de las variables definidas definiendo cada mes que se confirma y que se descarta según los documentos ya referidos con corte mensual, al igual que verificación de acciones de búsqueda activa ya expuestas.

Actividad 2

- Actas de articulación con estadísticas vitales mensual.
- Se da claridad que solo se debe generar un acta de la visita pero debe tener descripción detallada de lo expuesto en la actividad 2 que se verifique en la visita con la IPS, Actas de intervención de cada una de las IPS visitadas en donde se describa de manera detallada la solicitud de ajustes expuestos en la actividad 2 y la revisión de análisis y de los comités mensuales que IAAS de las IPS.

Actividad 3

- Acta de participación en comité de IAAS distrital mensual (es la misma acta generada en el comité distrital) según el cronograma definido por el Programa Distrital de IAAS.

- Actas de acciones de articulación y actividades concertadas con el componente de vigilancia comunitaria y estadísticas vitales

.

Para el desarrollo de este Acciones de bienestar, se debe tener en cuenta que el programa de control de infecciones de Bogotá, cuenta con lineamentos distritales para las IPS con la especificación que indicadores y línea técnica, estos se encuentran en la paina web de la SDS en el sitio de infecciones asociadas a la atención en salud, todos los documentos referidos en este lineamiento están cargados en esta pagina

Se presenta ruta de acceso para revisión de documentos y formatos:

1. ***Ingrese a la pagina web de la SDS*** www.saludcapital.gov.co ***por alguno de los buscadores se sugiere Google Chrome***
2. ***En la pagina principal ingrese a la barra de contenido opción salud publica, al desplegar escoja vigilancia en salud publica al final de la descripción de esta se encuentran enlaces específicos para los subsistemas escoja infecciones asociadas a la atención en salud.***
3. ***Se presentan 5 carpetas en las cuales se encuentran la mayora de documentos de apoyo y lineamientos elaborados para las IPS***



Para las acciones que se presentan en este lineamiento es importante que revise las carpetas guías y lineam_y otros, en este lineamiento se hace amplia referencia a los documentos que deben revisar que se encuentran en estas carpetas.

6. LINEA OPERATIVA: INTERVENCION INTEGRAL EN BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PUBLICA Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO EN IPS

6.1 ACCIONES DE VIGILANCIA PARA EL BIENESTAR: ACCIONES DE PREPARACIÓN ANTE BROTES, ALERTAS O EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA.

Investigación Epidemiológica de Campo brotes de IAAS

Los epidemiólogos referentes de las sub redes de IAAS apoyaran cuando el nivel Distrital programa de control de IAAS lo solicite la intervención de brotes, la cual estará liderara por los referentes Distritales, este acompañamiento se realizara por solicitud de programa Distrital de IAAS, el soporte de esta acción será el acta de intervención de brotes en la cual coste que el referente de la subred asistió y acompaño la acción.

Igualmente las epidemiólogas de las sub red realizaran verificación de los planes de mejora cuando haya lugar frente a la intervención de brotes intervenidos, se debe generar esta verificación con el instrumento definido Por la secretaira de salud, cuando se identifique incumplimiento del plan de mejora según la puntuación establecida en la

metodología de seguimiento a planes, la epidemióloga dela sub red envoara todos de esta revisión a el correo de iaas-rb@saludcapital.gov.co para realizar que el programa distrital realice las acciones de reporte a IVC. Para el seguimiento de estos planes aplica máxima fecha a los 2 meses de ocurrido el brote.

Toda las actividades aquí verificadas serán consignadas en lista de chequeo diseñada para generar un nivel de implementación de las acciones realizadas por la IPS en la vigilancia epidemiológica de las IAAS, si después del proceso de visita y de aplicación de la lista la IPS presenta una puntuación menor de 75% se debe generar plan de mejora el cual deberá ser verificado máximo dos meses posteriores , ante la presentación de silencios epidemiológicos de algún evento de IAAS se deberá solicitar un plan de mejora de cumplimiento inmediato

Frente a los planes de mejora que se deriven de los seguimientos se debe indicar a la IPS que cuenta con 5 días hábiles para el envió del plan al correo indicado por la sub red, igualmente el epidemióloga de la sub red tendrá 3 días hábiles para la revisión de este frente a coherencia de las acciones propuestas para subsanar el hallazgo, en caso de requerir ajustes el plan la IPS tendrá 2 días calendario para realizar las correcciones, en ningún caso el plan de mejora podrá derivarse a mas de 2 meses para su cumplimiento por parte de la IPS.

El epidemiólogo debe realizar verificación del cumplimiento del plan de mejora que se instaure con el formato y metodología establecido por el programa de control de IAAS.

Con relación a la periodicidad de las visitas de verificación seguimiento a la vigilancia de los eventos de notificación de IAAS se define que a las IPS se les debe volver a aplicar la lista de chequeo mínimo cada 3 meses.

Se da claridad que ningún plan de mejora de los procesos vigilancia de IAAS se derivara a un segundo seguimiento si la metodología define que hay incumplimiento por la puntuación obtenida el programa de control de infecciones Distrital realizara las acciones de reporte a IVC y demás instancias.

Se define que se tendrán dos listas de cheque una para las IPS de mediana y alta complejidad que reportan todos los eventos del subsistema de IAAS y una lista de chequeo para las IPS que notifican solo unos eventos (IAPMQ,BROTES de IAAS y/o consumo de antibióticos)

7. ACCIÓN DE VIGILANCIA PARA EL BIENESTAR: MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y RED DE OPERADORES.

Actividad 1. Fortalecimiento de capacidades:

- De acuerdo a los insumos y articulación del epidemiólogo de IAAS de la Subred frente a la vigilancia en salud pública para los IAAS, con el reporte de las acciones del grupo de asistencias técnicas de la SDS, se realizará la priorización de las

UPGD para el fortalecimiento de capacidades técnicas teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Las UPGDs priorizadas por los referentes distritales y el equipo de **z**
- ✓ Priorizar fortalecimiento a capacidades técnicas cuando sea solicitado por las UPGDs, o se presente rotación del personal encargado de la notificación de los eventos de interés en salud pública donde se realice notificación de IAAS.
- ✓ De acuerdo al desempeño evidenciado y socializado por el equipo de seguimiento y monitoreo a UPGDs, priorizar las instituciones para fortalecimiento técnico si se evidencia puntaje como critica, o disminución significativa del puntaje obtenido entre cada cuatrimestre.

- Posterior a la identificación de UPGDs objeto de fortalecimiento de capacidades técnicas realice un cronograma mensual para su respectiva ejecución donde se observe los temas a intervenir.

Nota: La epidemióloga de el proceso de seguimiento y monitoreo a la red de prestadores reportara mensualmente posterior a las acciones de verificación que IPS requieren seguimiento a planes de mejora, fortalecimiento de capacidades, de manera oficial a los correos establecidos por los epidemiólogos de cada sub red

7.1 ACCIONES DE BIENESTAR SUJETAS A VERIFICACION

- Cronograma de fortalecimientos técnicos con UPGDs. Periodicidad mensual.
- Actas con su listado de asistencia de los fortalecimientos técnicos realizados en la UPGD durante el mes, con sus respectivos soportes de ayudas empleadas durante la intervención como, por ejemplo: Presentación, casos clínicos, talleres, pretest - postest, entre otros. Periodicidad mensual.

8. REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global report on infection prevention and control. [Internet] 2022. Fecha de consulta Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164

2. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers No. 96. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (https://doi. org/10.1787/5a9858cd-en, accessed 11 May 2022)

3. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). BMJ Qual Saf.2011;20(12):1043-51.

4. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. BMJ. 2012;344:e832

5. Alerta Epidemiológica: Emergencia e incremento de nuevas combinaciones de carbapenemasas en Enterobacterales en Latinoamérica y el Caribe - 22 Octubre 2021 https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-emergencia-e-incremento-nuevas-combinaciones-carbapenemasas

6. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento, consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, corte mayo, Colombia 2023. [Internet]. Fecha de consulta: 26 de julio de 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador eventos/Informesdeevento/CONSUMO%20DE%20ANTIBI%C3%93TICOS%20MAYO%202023.pdf

7. Jain AK, Patidar H, Nayak V, Agrawal R. Prevalence, Risk Factors and Microbial Profile of Surgical Site Infection after Cesarean Section in a Tertiary Care Center in Western India. J Pure Appl Microbiol. 2022;16(1):700-707. doi: 10.22207/JPAM.16.1.73

8. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a Dispositivos. Versión 6.[Internet] 2022. https://doi.org/10.33610/infoeventos.24

9. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia, noviembre 2025 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2025 abr 14]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CONSUMO%20DE%20ANTIBIOTICOS%20NOVIEMBRE%202025.pdf

10. Rodríguez M, Barahona N, de Moya Y. Importancia de la vigilancia epidemiológica en el control de las infecciones asociadas a la atención en salud. Biociencias [Internet]. 2019 [citado 14 de abril de 2025];14:65–81. Disponible en: https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/5440/4905

11. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre Resistencia a los Antimicrobianos. Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la resistencia a los antimicrobianos de 2025,26 de septiembre de 2025. Disponible: https://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/108/2025/09/FINAL-Text-AMR-to-PGA.pdfGovernment of Canada Releases Pan-Canadian Framework on Antimicrobial Resistance (internet). Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2017/09/government_of_canadareleasespan-canadianframeworkonantimicrobial.html

12. Struelens MJ. The epidemiology of antimicrobial resistance in hospital acquired infections: problems and possible solutions. BMJ (Internet). 1998 Sep 5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113836/

13. Estrategia Mundial de la OMS para contener la resistencia a los antimicrobianos. WHO/CDS/CSR/2001.2. Organización Mundial de la Salud, 2001. Disponible en: http://www.antibioticos.mscbs.gob.es/PDF/resist_OMS_estrategia_mundial_contra_resistencias.pdf

14. Política Farmacéutica Nacional. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C., 30 de agosto de 2012. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf

15. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011 Jan 15;377(9761):228–41.

16. Gillespie BM, Harbeck EL, Rattray M, Liang R, Walker R, Latimer E, et al. Worldwide incidence of surgical site infections in general surgical patients: a systematic review and meta-analysis of 488,594 patients. *Int J Surg*. 2021 Nov;95:106136. doi: 10.1016/j.ijsu.2021.106136.

17. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/277399

18. Calvert HL, Duan H, Sasson DC, Price J, Chichester A, Temming LA. Global incidence of surgical site infections following cesarean section: a systematic review and meta-analysis.

19. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg. 2017 Aug 1;152(8):784–91.

20. Pereira AG, Lopes JM, Pereira LCS, Bragato AGC, de Araújo SA, Figueiredo VN, Haas VJ, Raponi MBG. Factors associated with surgical site infection in myocardial revascularization: a retrospective longitudinal study. Rev Bras Enferm. 2023;76(Suppl 4):e20230108. doi:10.1590/0034-7167-2023-0108

21. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia, noviembre 2025 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2025 abr 14]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CONSUMO%20DE%20ANTIBIOTICOS%20NOVIEMBRE%202025.pdf

22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2019. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2019.

23. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, et al. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the IDSA and SHEA. Clin Infect Dis. 2016 May 15;62(10):e51–77.

24. Instituto Nacional de Salud. Informe técnico del evento de Vigilancia por Whonet de Resistencia Antimicrobiana en el ámbito hospitalario. Colombia, 2022 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2023. Disponible en: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjRhYmRjYmItMGMwZS00NWEyLTgzNGMtZTMyNDRmYzBmMTZmIiwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOjR9&pageName=b07b0d6690c05e1000bd

25. World Health Organization. Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report: 2022. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702

26.Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022;399(10325):629-655. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0

27.Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. COVID-19: impacto en la resistencia a los antimicrobianos en los EE. UU., Informe especial del 2022 [Internet]. Disponibleen: https://www.cdc.gov/antimicrobial-resistance/media/pdfs/covid19-impact-report-508.pdf8

28. Centers for Disease Control and Prevention. Carbapenem-Resistant-Enterobacterales [Internet]. Disponible en: https://arpsp.cdc.gov/profile/arln/cre?tabsection-163=0&hidden=

29. Robertson J, Trost M, Wong G, Jaki T. Changes in hospital antibiotic consumption during the COVID-19 pandemic. Antimicrob Resist Infect Control. 2021;10(1):87. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13756-021-00987-6

30. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. Lancet. 2018;392(10159):1789-858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7

31. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Infecciones asociadas a dispositivos invasivos, IAPMQ Colombia, Periodo epidemiologico VI [Internet] 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/IAD%20MAYO%202023.pdf

32. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Infecciones asociadas a dispositivos invasivos, Colombia, 2022 [Internet] 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/IAD%20INFORME%202022.pdf#search=Comportamiento%20infecciones%20asociadas%20a%20dispositivos%20%28IAD%29%20en%20unidades%20de%20cuidado%20intensivo%20%28UCI%29

33.Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Infecciones asociadas a dispositivos invasivos, IAPMQ Colombia, Periodo epidemiologico VI [Internet] 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-ventos/Informesdeevento/IAD%20MAYO%202023.pdf

34. Febré Naldy, Díaz-Toro Felipe, Cea-Nettig Ximena. Nuevas recomendaciones de la OMS sobre medidas para la prevención de infección de sitio operatorio. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2017 Oct [citado 2023 Ago 01];34(5):523-524.Disponible

en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000500523&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182017000500523

35. World Health Organization. Plan de acción Mundial sobre la Resistencia a los antimicrobianos. [Internet] 2016. Fecha de consulta: 26 de julio de 2022. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255204/9789243509761-spa.pdf

36. Tenover FC, Hughes JM. The challenges of emerging infectious diseases. Development and spread of multiply-resistant bacterial pathogens. JAMA. 2017. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8544270

37. Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud; dic2017, Vol. 37 Issue 4, p473-485, 13p. Resultados de la vigilancia nacional de la resistencia antimicrobiana de enterobacterias y bacilos Gram negativos no fermentadores en infecciones asociadas a la atención de salud, Colombia, 2012-2014. Disponible en doi: https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.3432

38. CDC. Antibiotic resistance threats in the United States, 2019. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2019. pp. 1-113) Disponible en: https://ndc.services.cdc.gov/wp-content/uploads/Antibiotic-Resistance-Threats-in-the-United-States-2019.pdf

39. Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos. World Health Organization. Organización Mundial de la Salud, 2016. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255204/9789243509761-spa.pdf;jsessionid=478EBC9BF9DDCE0A753E1B2FA3115525?sequence=1

40. Circular 045 de 29 de agosto de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-0045-de-2012.pdf

41.Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario. Versión 06, 02/06/2023. [Internet]. Fecha de consulta: 02 de julio de 2023. Disponible en: ¡Error! Referencia de hipervínculo no válida. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Consumo%20de%20Antibi%C3%B3ticos.pdf

42.Instituto Nacional de Salud. Informe de evento, consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, corte junio, Colombia 2025. [Internet]. Fecha de consulta: 26 de julio de 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CONSUMO%20DE%20ANTIBIOTICOS%20JUNIO%

202025.p

43.Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a Dispositivos. Versión 6.[Internet] 2022. https://doi.org/10.33610/infoeventos.24

44. Al-Tawfiq, Jaffar A et al. “Surveillance of device associated infections in intensive care units at a Saudi Arabian Hospital, 2017-2020.” Journal of infection and public health vol. 16,6 (2023): 917-921. doi:10.1016/j.jiph.2023.04.007

45. Organización Mundial de la salud OMS. Informe mundial sobre prevención y control de infecciones (PCI) [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 31]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-reporton-infection-prevention-and-control 9. Fica C A, Cifuentes D M, Hervé E B. Actualización del Consenso "Neumonía asociada a ventilación mecánica" Primera parte: Aspectos diagnósticos [Update of the consensus document on ventilator-associated pneumonia: part I. Diagnostic aspects]. Rev Chilena Infectol. 2011;28(2):130-151.

46. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Primer Semestre Infecciones Asociadas a Dispositivos Invasivos, 2023 https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/INFECCIONES%20ASOCIADAS%20DISPOSITIVOS%20INFORME%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf

47.Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Primer Semestre COVID-19,2023

file:///C:/Users/USARIO/Downloads/lizda%20COVID%2019%20INFORME%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf

48. Masoudifar M, Gouya MM, Pezeshki Z, et al. Health care-associated infections, including device-associated infections, and antimicrobial resistance in Iran: The national update for 2018. J Prev Med Hyg. 2022;62(4):E943-E949. Published 2022 Jan 31. doi:10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.4.180

49. Organización Mundial de la Salud. 75.ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Prevención y Control de Infecciones. Proyecto de resolución propuesto por el Reino de la Arabia Saudita, Bosnia y Herzegovina, Botswana, Colombia, los Emiratos ÁrabesUnidos, los Estados Unidos de América, Filipinas, Jordania, Kenya, el Líbano, Noruega, Omán, Qatar y Vanuat. Fecha consulta 24 de abril 2025. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75-REC1/A75_REC1_Interactive_sp.pdf 7.

50. World Health Organization. Global report on infection prevention and control.[Internet] 2022. Fecha consulta 24 de abril 2025: Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1

51. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a Dispositivos. Versión 6.[Internet] 2022. https://doi.org/10.33610/infoeventos.24

52. Al-Tawfiq, Jaffar A et al. “Surveillance of device associated infections in intensive care units at a Saudi Arabian Hospital, 2017-2020.” Journal of infection and public health vol. 16,6 (2023): 917-921. doi:10.1016/j.jiph.2023.04.007

53. Organización Mundial de la salud OMS. Informe mundial sobre prevención y control de infecciones (PCI) [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 31]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-reporton-infection-prevention-and-control 9. Fica C A, Cifuentes D M, Hervé E B. Actualización del Consenso

54. "Neumonía asociada a ventilación mecánica" Primera parte: Aspectos diagnósticos [Update of the consensus document on ventilator-associated pneumonia: part I. Diagnostic aspects]. Rev Chilena Infectol. 2011;28(2):130-151.

55. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Primer Semestre Infecciones Asociadas a Dispositivos Invasivos, 2023 https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/INFECCIONES%20ASOCIADAS%20DISPOSITIVOS%20INFORME%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf

56. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Primer Semestre COVID-19, 2023 file:///C:/Users/USARIO/Downloads/lizda%20COVID%2019%20INFORME%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	25/09/2025	Inicio convenios inter administrativos GSP-PSPIC octubre 2025
2	11/12/2025	Revisión y ajuste de ficha técnica convenio GSP-PSPIC

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)	Yaniz Hernandez Gonzalez	Diana Marcela Walteros Acero Marcela Martínez Contreras Claudia Milena Cuellar Diana Sofia Ríos	María Belén Jaimes Sanabria Patricia Eugenia Molano Builes
Firma (s)			
Cargo	Profesionales especializados	Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública Subdirectora de Acciones Colectivas Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas Subdirectora de Determinantes en Salud	Directora de epidemiologia, análisis y gestión de políticas en Salud Colectiva Directora de Salud Colectiva
Fecha	Diciembre de 2025	Diciembre de 2025	Diciembre de 2025