



# Notificaciones para el módulo de Uso y Resistencia a los Antimicrobianos (AUR) de la NHSN para el Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS

**Michelle Fedrick, MPH**

**Analista de salud pública II**

Lantana Consulting Group | Contratista para la División de Promoción de la Calidad de la Atención Médica, CDC

**Stephanie Sutton, MPH**

**Analista de salud pública II**

Lantana Consulting Group | Contratista para la División de Promoción de la Calidad de la Atención Médica, CDC

Capacitación anual de la NHSN

Marzo del 2025

# Objetivos

- **Proporcionar un resumen breve del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y del Módulo de Uso y Resistencia a los Antimicrobianos (AUR) de la NHSN.**
- **Explicar los datos notificados y el mecanismo de notificación.**
- **Describir los pasos para cumplir con la medida de AUR dentro del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS para el año calendario (CY) 2025.**
- **Resumir las respuestas a preguntas frecuentes.**

# Descargo de responsabilidad

- **Las diapositivas y las respuestas se basan en lo siguiente:**
  - Detalles en el Registro Federal: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/fy-2025-hospital-inpatient-prospective-payment-system-ipp-and-long-term-care-hospital-prospective-0>
  - Hoja informativa publicada por los CMS que contiene actualizaciones del Programa de Promoción de la Interoperabilidad del CY 2025: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/fy-2025-hospital-inpatient-prospective-payment-system-ipp-and-long-term-care-hospital-prospective-0>

## Pregunta 1

**¿Qué es el Programa de Promoción de la Interoperabilidad de Medicare?**

# Programa de Promoción de la Interoperabilidad de Medicare

- Requiere que los hospitales elegibles y los hospitales de acceso crítico (CAH, por sus siglas en inglés) notifiquen objetivos y medidas para ser considerados un usuario importante del registro de salud electrónico (EHR, por sus siglas en inglés) y evitar un ajuste descendente en el pago.

TABLE IX.F.-03: SUMMARY OF PERFORMANCE-BASED SCORING FOR EHR REPORTING PERIODS IN CY 2025 AND SUBSEQUENT YEARS

Objective	Measure	Maximum Points	Required/Optional
e-Prescribing	e-Prescribing	10 points	Required
	Query of PDMP	10 points	Required
HIE	Support Electronic Referral Loops by Sending Health Information	15 points	Required (eligible hospitals and CAHs must choose one of the three reporting options)
	-AND-		
	Support Electronic Referral Loops by Receiving and Reconciling Health Information	15 points	
	-OR-		
HIE Bi-Directional Exchange	30 points		
-OR-			
	Enabling Exchange under TEFCA	30 points	
Provider to Patient Exchange	Provide Patients Electronic Access to Their Health Information	25 points	Required
Public Health and Clinical Data Exchange	Report the following six measures: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromic Surveillance Reporting</li> <li>• Immunization Registry Reporting</li> <li>• eCR</li> <li>• Electronic Reportable Laboratory Result Reporting</li> <li>• AU Surveillance*</li> <li>• AR Surveillance*</li> </ul>	25 points	Required
	Report one of the following measures: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Public Health Registry Reporting</li> <li>• Clinical Data Registry Reporting</li> </ul>		

Notes: The Security Risk Analysis measure, SAFER Guides measure, and attestations required by section 106(b)(2)(B) of the Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) are required but will not be scored. Reporting eCQMs is required but will not be scored. Eligible hospitals and CAHs must also submit their level of active engagement for measures under the Public Health and Clinical Data Exchange objective. Participants may spend only one EHR reporting period at Option 1: Pre-production and Validation level per measure and must progress to Option 2: Validated Data Production level for the following EHR reporting period. See the FY 2023 IPPS/LTCH PPS final rule (87 FR 49337) for more details about active engagement.

\*Signifies a finalized measure in this FY 2025 IPPS/LTCH PPS final rule. For details on our finalized modifications to the AUR Surveillance measure, which we have separated into an AU Surveillance measure and an AR Surveillance measure, we refer readers to section IX.F.2 of this final rule.

# Programa de Promoción de la Interoperabilidad de Medicare

- La medida de vigilancia de AUR se ha dividido en dos medidas distintas: vigilancia del AU y de la AR.
- La vigilancia del AU y de la AR se consideran medidas nuevas para el CY 2025; los establecimientos tienen un año adicional para la Opción 1.

TABLE IX.F.-03: SUMMARY OF PERFORMANCE-BASED SCORING FOR EHR REPORTING PERIODS IN **CY 2025** AND SUBSEQUENT YEARS

Objective	Measure	Maximum Points	Required/Optional
e-Prescribing	e-Prescribing	10 points	Required
	Query of PDMP	10 points	Required
HIE	Support Electronic Referral Loops by Sending Health Information	15 points	Required (eligible hospitals and CAHs must choose one of the three reporting options)
	-AND-		
	Support Electronic Referral Loops by Receiving and Reconciling Health Information	15 points	
	-OR-		
	HIE Bi-Directional Exchange	30 points	
	-OR-		
	Enabling Exchange under TEFCA	30 points	
Provider to Patient Exchange	Provide Patients Electronic Access to Their Health Information	25 points	Required
Public Health and Clinical Data Exchange	Report the following six measures: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromic Surveillance Reporting</li> <li>• Immunization Registry Reporting</li> <li>• eCR</li> <li>• Electronic Reportable Laboratory Result Reporting</li> <li>• AU Surveillance*</li> <li>• AR Surveillance*</li> </ul>	25 points	Required
	Report one of the following measures: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Public Health Registry Reporting</li> <li>• Clinical Data Registry Reporting</li> </ul>	5 points (bonus)	Optional

Notes: The Security Risk Analysis measure, SAFER Guides measure, and attestations required by section 106(b)(2)(B) of the Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) are required but will not be scored. Reporting eCQMs is required but will not be scored. Eligible hospitals and CAHs must also submit their level of active engagement for measures under the Public Health and Clinical Data Exchange objective. Participants may spend only one EHR reporting period at Option 1: Pre-production and Validation level per measure and must progress to Option 2: Validated Data Production level for the following EHR reporting period. See the FY 2023 IPPS/LTCH PPS final rule (87 FR 49337) for more details about active engagement.

\*Signifies a finalized measure in this FY 2025 IPPS/LTCH PPS final rule. For details on our finalized modifications to the AUR Surveillance measure, which we have separated into an AU Surveillance measure and an AR Surveillance measure, we refer readers to section IX.F.2 of this final rule.

# Verificación de conocimientos 1 (verdadero o falso)

A partir del 2025, la medida de vigilancia de AUR ha sido dividida en dos medidas separadas: vigilancia del AU y de la AR.

- A. Verdadero**
- B. Falso**



# Verificación de conocimientos 1 (verdadero o falso): respuesta

A partir del 2025, la medida de vigilancia de AUR ha sido dividida en dos medidas separadas: vigilancia del AU y de la AR.

**A. Verdadero**

**B. Falso**

## Pregunta 2

**¿Qué significa “participación activa”?**

# Dos maneras de estar en participación activa con la NHSN

- **Opción 1: Preproducción y validación**
  - Registro dentro de la NHSN.
  - Trabajar en la prueba y validación de archivos de Arquitectura de Documentos Clínicos (CDA).
- **Opción 2: Producción de datos validados**
  - Registro dentro de la NHSN.
  - Enviar archivos de producción de la opción de uso de antimicrobianos (AU) o resistencia a los antimicrobianos (AR) a la NHSN.
    - CY 2025: 180 días consecutivos de envío de datos de AUR.
      - También se lo conoce con el siguiente nombre: Periodo de notificación del EHR.
- **Nota: Las definiciones de participación activa se crean dentro del Programa de Promoción de la Interoperabilidad y son las mismas para otras medidas del objetivo de salud pública e intercambio de datos clínicos del Programa de Promoción de la Interoperabilidad.**

## Nuevo para el CY 2025

- **En el CY 2025, los hospitales elegibles y CAH deben estar en participación activa o solicitar una exclusión elegible para cada medida.**
  - Ambas aún son medidas requeridas para el Programa de Promoción de la Interoperabilidad.
- **Los hospitales pueden estar en niveles distintos de participación para cada medida**
  - Ejemplo 1: el hospital puede declarar la Opción 2 para la vigilancia del AU y la Opción 1 para la vigilancia de la AR.
  - Ejemplo 2: el hospital puede declarar la Opción 1 para la vigilancia del AU y solicitar una exclusión para la vigilancia de la AR.

## Verificación de conocimientos 2

¿En cuántas formas puede su establecimiento estar en participación activa con la NHSN?

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4



## Verificación de conocimientos de laboratorio 2: respuesta

¿En cuántas formas puede su establecimiento estar en participación activa con la NHSN?

A. 1

B. 2

C. 3

D. 4

### Opción 1: Preproducción y validación

- Registro dentro de la NHSN.
- Trabajar en la prueba y validación de archivos de Arquitectura de Documentos Clínicos (CDA).

### Opción 2: Producción de datos validados

- Registro dentro de la NHSN.
- Enviar archivos de producción de la opción de uso de antimicrobianos (AU) y resistencia a los antimicrobianos (AR) a la NHSN.
  - CY 2025: 180 días consecutivos de envío de datos de AUR.
    - También se lo conoce con el siguiente nombre: Periodo de notificación del EHR.

## Pregunta 3

**¿Se recolectan o comparten los datos a nivel de paciente?**

# AU: No, se comparten datos a nivel de paciente, AR: Sí, se comparten datos a nivel de paciente

- **AU: No, los datos a nivel del paciente se comparten**
  - Los días de antimicrobianos se agregan a nivel de mes y ubicación (es decir, unidad) y a nivel de paciente internado en el centro (es decir, FacWideIN),
- **AR: Sí, los datos a nivel del paciente se comparten**
  - Los resultados de sensibilidad a nivel de cepas aisladas para organismos específicos que se notificaron para todas las ubicaciones de pacientes internados y 3 tipos de ubicaciones de pacientes ambulatorios (sala de emergencias, sala de emergencias pediátrica y obstetricia abierta las 24hs).
- **Para obtener capacitaciones adicionales de AUR, vaya a <https://www.cdc.gov/nhsn/training/patient-safety-component/aur.html> -**

## Pregunta 4

**¿Qué archivos específicos deben enviarse?**

## Deben enviarse los siguientes archivos:

Nombre del archivo	Datos clave incluidos
Uso de antimicrobianos (AU)	Días presente, ingresos, días de antimicrobianos
Datos de evento de AR (AR)	Resultados de sensibilidad para organismos específicos a nivel de cepas aisladas
Resistencia a los antimicrobianos (AR)	Datos de evento de AR, días paciente, ingresos, encuentros

## Pregunta 5

**¿Cuál es el periodo de notificación para el Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS?**

**¿Necesito notificar los datos de AUR en la NHSN ahora?**

# Periodo de notificación del EHR

- **Para el CY 2025: 180 días consecutivos**
- **Cada establecimiento designa su propio periodo de notificación del EHR**
  - El establecimiento debe usar el mismo periodo de 180 días para **TODAS** las medidas del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS.
  - Los datos del AUR y la AR deben notificarse para los mismo 180 días.
- **Por ejemplo:**
  - 1.º de enero al 30 de junio
  - 1.º de abril al 30 de septiembre
  - 1.º de julio al 31 de diciembre

## Pregunta 6

**¿Cómo pueden los usuarios de la NHSN averiguar el periodo de notificación del EHR de su establecimiento?**

# Designado por cada establecimiento

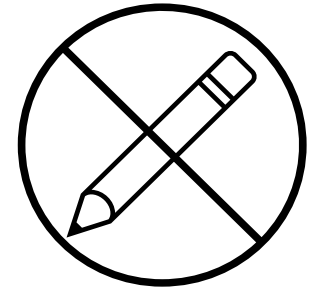
- **Comuníquese con la persona a cargo de la notificación de calidad en el establecimiento o el equipo de directores**
  - Confirme con la persona que tenga acceso al sistema de notificación de calidad del hospital (HQR) de los CMS: <https://hqr.cms.gov/hqrng/login>

## Pregunta 7

¿De qué sistemas de *software* del hospital deben venir estos datos?

# Datos de AUR solo de fuentes electrónicas

- Datos del AU de los registros electrónicos de administración de medicamentos (eMAR) o registros de administración de medicamentos codificados por barra (BCMA), y sistemas de ingresos, altas o traslados (ADT).
- Datos de la AR del sistema electrónico de información de laboratorio (LIS) o sistemas del EHR y ADT.
- No hay entrada ni recolección de datos manual en la NHSN.



## Verificación de conocimientos 3 (verdadero o falso)

Se permite la recolección y entrada de datos manual en la NHSN para AUR.

- A. Verdadero
- B. Falso



## Verificación de conocimientos 3 (verdadero o falso): respuesta

Se permite la recolección y entrada de datos manual en la NHSN para AUR.

**A. Verdadero**

**B. Falso**

## Pregunta 8

**¿Cuáles son las exclusiones de las medidas de AU y AR para el 2025? ¿Cambiaron desde el 2024?**

# Exclusiones del CY 2025 por medida: vigilancia del AU

- 1. No tiene pacientes en ninguna ubicación de atención de pacientes para la cual la NHSN recolecta datos durante el periodo de notificación del EHR.**
- 2. No tiene registros electrónicos de eMAR/BCMA ni un sistema electrónico de ADT durante el periodo de notificación del EHR.**
- 3. (Nueva) No tiene una fuente de datos que contenga los elementos de datos discretos mínimos que se requieren para la notificación.**

# Exclusiones del CY 2025 por medida: vigilancia de la AR

- 1. No tiene pacientes en ninguna ubicación de atención de pacientes para la cual la NHSN recolecta datos durante el periodo de notificación del EHR.**
- 2. No tiene un LIS o sistema electrónico de ADT durante el periodo de notificación del EHR.**
- 3. (Nueva) No tiene una fuente de datos que contenga los elementos de datos discretos mínimos que se requieren para la notificación.**

# Ejemplos de exclusiones para el CY 2025

- 1. Ejemplo: si las cepas aisladas de *Candida* se envían para su identificación o AST y se devuelven al establecimiento como PDF o fax, entonces el establecimiento no tiene datos interoperables y debería solicitar la exclusión.**
- 2. Ejemplo: si las cepas aisladas de *Candida* no se pueden identificar, entonces todavía son elegibles para la Opción de la AR para la notificación en el CY 2025. El establecimiento no debería solicitar la exclusión del Programa de Promoción de la Interoperabilidad.**
- 3. Ejemplo: si las cepas aisladas de *Candida* se identifican, pero no se les realizan las pruebas de sensibilidad de antimicrobianos, entonces son elegibles para la Opción de la AR para la notificación en el CY 2025. El establecimiento no debería solicitar la exclusión del Programa de Promoción de la Interoperabilidad.**

# Debe tener una exclusión para cada medida por separado

- **Ya que el AU y la AR son dos medidas separadas para el CY 2025, su hospital debe cumplir con una exclusión para cada medida o estar en participación activa**
  - Ejemplo 1: se cerraron unidades de pacientes internados en el hospital debido a construcción. El hospital puede solicitar la exclusión 1 para las medidas de vigilancia del AU y la AR.
  - Ejemplo 2: el hospital no recibe los resultados de las AST del laboratorio externo en campos discretos. El hospital puede solicitar la exclusión 3 para la vigilancia de la AR, pero debe estar en participación activa para notificar datos del AU a la NHSN.

## Pregunta 9

**Mi laboratorio omite algunos resultados de las pruebas de sensibilidad. ¿Eso cuenta como una exclusión? ¿Puedo todavía enviar datos de medida de vigilancia de la AR si no puedo enviar resultados de sensibilidad omitidos?**

# La supresión de datos no es una exclusión

- **No, la omisión de datos no cuenta como una exclusión elegible para la medida de vigilancia de AUR para el periodo de notificación del EHR en el 2024, ni la medida de vigilancia de la AR para el periodo de notificación del EHR en el 2025.**
- **Si su hospital elegible o CAH no puede obtener o enviar los datos omitidos a la Opción AR de la NHSN, la NHSN aceptará los datos que su hospital elegible o CAH pueda proporcionar.**
  - Asegúrese de que el proveedor del *software* de notificación de AUR use "*Not Tested*" (no probado) para las pruebas/medicamentos no disponibles. La aplicación de la NHSN no aceptará archivos de Arquitectura de Documentos Clínicos (CDA) de Evento AR que no contengan todos los medicamentos requeridos para un organismo dado.

## Pregunta 10

**Enviamos muestras a un laboratorio externo y ellos nos envían los resultados como fax o PDF. ¿Califica nuestro hospital para una exclusión?**

## Sí, los establecimientos sin datos discretos cumplen con los criterios de exclusión.

- **Muchos hospitales elegibles y CAH usan laboratorios externos para algunas, la mayoría o incluso todas las pruebas de sensibilidad. Sabemos también que, en algunos casos, puede que esos resultados no lleguen al LIS del hospital.**
- **Al mismo tiempo, la NHSN tiene requisitos mínimos para los resultados. Un hospital podría calificar para una exclusión en las raras ocasiones en las que se reúnan las siguientes condiciones:**
  - El hospital tiene un LIS para datos que no son de microbiología (p. ej., resultados de hematología o pruebas químicas), pero no tiene un LIS para datos de microbiología.
  - Los datos de AR que se requiere enviar a la NHSN no están disponibles como campos discretos en el LIS. Por ejemplo, los resultados para la identificación de especies *Candida* y las pruebas de sensibilidad se envían por fax y se escanean en el registro del paciente con formato PDF.\*

\*Nota: Para el CY 2025, las cepas aisladas de *Candida* sin resultados de pruebas de sensibilidad se volverán elegibles para la notificación de la Opción de la AR. Por lo tanto, los hospitales elegibles y CAH que no realicen pruebas de sensibilidad en cepas aisladas de *Candida* o no puedan acceder a resultados de sensibilidad discretos para estas cepas no calificarán más para una exclusión para el periodo de notificación del EHR en el 2025.

## Pregunta 11

**Para el periodo de notificación del EHR en el 2025, ¿se espera que los hospitales elegibles y CAH declaren si cumplen con los requisitos de notificación o criterios de exclusión *por separado* para las medidas de vigilancia del AU y la AR?**

# **Sí, en 2025 los establecimientos atestiguarán por separado**

- **Los hospitales elegibles y CAH deben notificar una respuesta de "Sí" a estar en participación activa (Opción 1 u Opción 2).**
- **Los hospitales elegibles y CAH que soliciten una exclusión aplicable solo para el AU o la AR necesitarían estar en participación activa en la otra medida o solicitar una exclusión aparte.**
- **Los hospitales elegibles y CAH que respondan "No" a cualquiera de las dos medidas, no notifiquen una respuesta o no soliciten una exclusión aplicable no recibirán crédito para las medidas. Estos hospitales elegibles y CAH no cumplirán con los requisitos para el objetivo de salud pública e intercambio de datos clínicos y obtendrán un puntaje de cero para el Programa de Promoción de la Interoperabilidad de Medicare.**

## Pregunta 12

**¿Cómo se envían estos datos a la NHSN?**

# Cómo enviar datos a la NHSN

- Debe tener credenciales de SAMS
- Los datos tienen que cargarse a través de CDA
  - ¡Son demasiados datos para ingresar a mano!
- El estándar es Health Level 7 (HL7)
- Proporciona a los centros de salud una manera estandarizada de juntar y cargar los datos
  - AU, AR y HAI
- CDA ≠ CSV (Excel)
  - CDA usa lenguaje extensible de marcas (Extensible Markup Language, XML)

```
</participant>
<!-- Number of Patient-present Days -->
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.5.6.69"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.277"
          codeSystemName="cdcNHSN"
          code="2525-4"
          displayName="Number of Patient-present Days"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <value xsi:type="PQ" unit="d" value="700"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<!-- the Drug, aggregate data, no specified route of administration -->
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.5.6.69"/>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.277"
          codeSystemName="cdcNHSN"
          code="2524-7"
          displayName="Number of Therapy Days"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <value xsi:type="PQ" unit="d" value="3"/>
    <participant typeCode="CSM"> <!-- antimicrobial Drug -->
      <participantRole classCode="MANU">
        <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.88"
              codeSystemName="RxNorm"
              code="620"
              displayName="Amantadine"/>
      </participantRole>
    </participant>
  </observation>
</entryRelationship>
<!-- stratified data: Drug + route -->
```

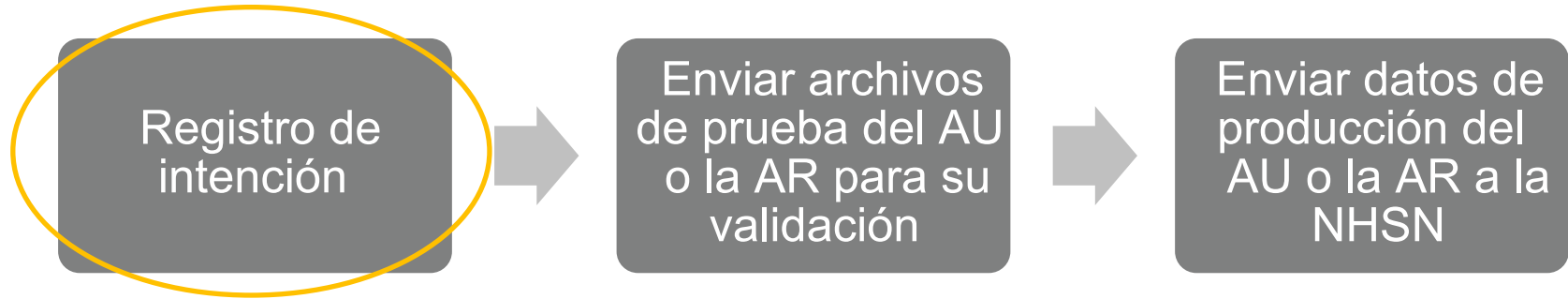
# ¡Se recomienda usar un proveedor!

- **La mayoría de los centros contratan a un proveedor de *software* comercial**
  - Proveedor de EHR o de *software* de vigilancia.
  - [Tecnología certificada de registros de salud electrónicos \(CEHRT\)](#) que se ha actualizado para cumplir con los criterios de actualización de la edición 2015 de la Ley Cures (específicamente, certificada por la Oficina del Coordinador Nacional para la Tecnología de la Información sobre la Salud [ONC]).
  - Proveedores que han cumplido con los estándares de validación:
    - AU: <https://www.cdc.gov/nhsn/cdaportal/sds/au-vendor-list.html>
    - AR: <https://www.cdc.gov/nhsn/cdaportal/sds/ar-vendor-list.html>

## Pregunta 13

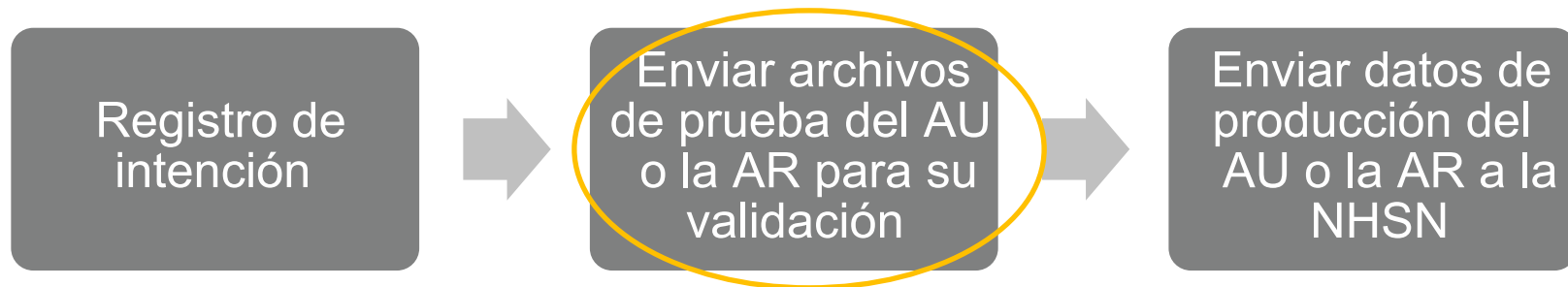
**¿Qué necesitan hacer los establecimientos para cumplir con el requisito de notificación del AU y la AR del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS?**

## ¿Qué hacer en el CY 2025?



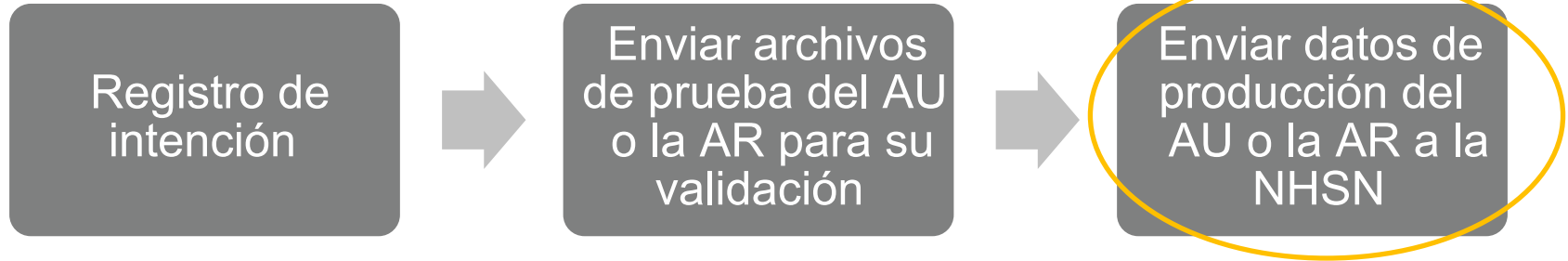
- **Si su hospital ya registró la intención (en cualquier año calendario anterior), no necesita otro registro**
- **Si no se completó el registro:**
  - Solo lo completa el administrador del establecimiento, solo una vez y no se puede deshacer.
  - No se puede registrar solo para la medida de vigilancia del AU o solo para la medida de vigilancia de la AR.

## ¿Qué hacer en el CY 2025?



- Si su hospital ya envió los archivos de prueba (en cualquier año calendario anterior), no necesita más archivos de prueba
- Si no se proporcionaron archivos de prueba, envíe los archivos de prueba relevantes necesarios:
  - Declare la participación activa solo para la medida de vigilancia del AU: **envíe 1 archivo CDA de prueba de resumen del AU.**
  - Declare la participación activa solo para la medida de vigilancia de la AR: **envíe 2 archivos CDA de prueba de la AR** (denominador y numerador de la AR).
  - Declare la participación activa de las medidas de vigilancia del AU y la AR: **envíe todos los 3 archivos CDA de prueba** (resumen del AU, denominador y numerador de la AR).

## ¿Qué hacer en el CY 2025?



- **Si su hospital ya está enviando los datos de producción del AU y la AR, continúe enviándolos**
  - La NHSN enviará automáticamente por correo electrónico al administrador del centro de NHSN y a los contactos opcionales de correo electrónico un informe mensual que indique el estado del envío de datos.

## Los mismos plazos aplican en el CY 2025

- **Registro (si todavía no se completó): registre la intención dentro de los 60 días del inicio de su periodo de notificación del EHR**
- **Archivos de prueba (si todavía no se completaron): responda la solicitud de la NHSN para archivos de prueba dentro de los 60 días de la solicitud**
  - Si los archivos de prueba todavía no están listos cuando la NHSN los solicita, responda con una actualización de estado.
  - No se necesitan más actualizaciones de estado.
  - Si su hospital desea una carta oficial de la NHSN con los resultados de sus pruebas en el CY 2025, envíe los archivos a más tardar el 1.º de noviembre del 2025.
- **Datos de producción: notifique los datos del AU y la AR de manera continua durante su periodo de notificación del EHR**

## Pregunta 14

**¿Necesito agregar AUR a mi plan de notificación mensual en la NHSN? Si es así, ¿de qué manera?**








## Los establecimientos deben agregar AU o AR al plan de notificación mensual cuando estén listos para enviar los datos de producción del AU o la AR

- **Notificación del AU:**

- Agregue pacientes internados a nivel del centro (FacWideIN).
- Agregue cada ubicación individual de pacientes internados y seleccione ubicaciones elegibles de pacientes ambulatorios.

- **Notificación del AR:**

- Agregue pacientes internados a nivel del centro (FacWideIN)-
- Agregue ubicaciones elegibles de pacientes ambulatorios.

Antimicrobial Use and Resistance Module			
	Locations	Antimicrobial Use	Antimicrobial Resistance
	FACWIDEIN - Facility-wide Inpatient (FacWIDEIn) ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	MEDSURG64 - MED/SURGICAL WARD ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MSICU - MEDICAL SURGICAL ICU - AU ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WELLBABY - WELL BABY ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LABOR11 - LABORDEL 011 ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ED - EMERGENCY DEPARTMENT ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	24HROBS - 24-HR OBS. ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Pregunta 15

**Puedo ver elementos de AUR que aparecen en las alertas de datos faltantes cuando inicio sesión en la NHSN, pero subí mis datos de AUR y el informe mensual de estado de envío de AUR que se me envió por correo electrónico muestra "Sí" para todas las notificaciones. ¿Por qué hay una discrepancia?**

# Plan de notificación mensual y alertas

- Los establecimientos agregan el AU y la AR a sus planes de notificación mensuales en la NHSN
  - Luego suben los datos del AU y la AR.
  - ¿Están todas las ubicaciones mencionadas en el plan de notificación mensual incluidas en la subida?
    - Sí: no se generan alertas de datos de resumen faltantes.
    - No: se generan alertas de datos de resumen faltantes.

The screenshot shows a web interface titled "Incomplete/Missing List". It features a navigation bar with several tabs: "Incomplete Events", "Missing Events", "Incomplete Summary Data", "Missing Summary Data" (highlighted in green), "Incomplete Procedures", "Missing Procedures", "Missing Procedure-associated Events", "Unusual Susceptibility Profile", "Confirm CDI Test Type", and "Acknowledge CCN". Below the tabs, there is a section titled "In-plan locations with no associated summary data." which contains a table. The table has columns for "Module", "Location", "CDC Location", "Month/Year", "Alert Type", and "Event Type". The "Event Type" column is highlighted with a red box. The table contains four rows of data, all with "No summary data entered" in the "Alert Type" column and "Add Summary" links. The interface also includes pagination controls showing "Page 2 of 243" and "View 11 - 20 of 2,427".

Module	Location	CDC Location	Month/Year	Alert Type	Event Type
AUR	ER	OUT:ACUTE:ED	02/2024	No summary data entered <a href="#">Add Summary</a>	AU Summary
AUR	FACWIDEIN	FACWIDEIN	02/2024	No summary data entered <a href="#">Add Summary</a>	AR Event
AUR	FACWIDEIN	FACWIDEIN	02/2024	No summary data entered <a href="#">Add Summary</a>	AU Summary
AUR	ICU	IN:ACUTE:CC:MS	02/2024	No summary data entered <a href="#">Add Summary</a>	AU Summary

# Borre las alertas al subir los datos

- **¿Por qué me faltan datos?**
  - El archivo comprimido podría no haber incluido todos los tipos de ubicaciones o de datos.
  - Archivos individuales podrían haber fallado y no se dio cuenta durante la subida.
- **Intente subirlos de nuevo**
  - Preste atención a la cantidad de archivos en el archivo comprimido y si alguno falló.
- **Trabaje con el representante de su proveedor**
  - Encuentre los archivos faltantes.
  - Resuelva los errores en los archivos.
- **Intente subirlos de nuevo**
- **La meta es tener cero alertas de datos faltantes**



## Verificación de conocimientos 4

**Verdadero o falso: cuando los establecimientos agregan AU o AR a sus planes de notificación mensuales y actualizan datos del AU y la AR, si las ubicaciones mencionadas en este plan no están todas incluidas en la subida, se generarán alertas de datos de resumen.**

- A. Verdadero
- B. Falso



## Verificación de conocimientos de laboratorio 4: respuesta

**Verdadero o falso:** cuando los establecimientos agregan AU o AR a sus planes de notificación mensuales y actualizan datos del AU y la AR, si las ubicaciones mencionadas en este plan no están todas incluidas en la subida, se generarán alertas de datos de resumen.

**A. Verdadero**

B. Falso

**Explicación:** cuando los establecimientos agregan AU o AR a sus planes de notificación mensuales y actualizan datos del AU y la AR, es fundamental que todas las ubicaciones mencionadas en este plan estén incluidas en la subida. Si todas las ubicaciones se incluyen en la suba de archivos, no se generan alertas de datos de resumen faltantes. Si algunas ubicaciones no se incluyen, se generarán alertas de datos de resumen faltantes.

# Alertas para el Evento de datos de AR faltantes




- ¿Tiene colonias aisladas que califican como Eventos de AR?
  - Sí: encuéntrelas y súbalas.
  - No: haga clic en el casillero de "*Report No Events*" (no hay eventos para notificar).
    - <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/ps-analysis-resources/aur/AR-QRG-NoEvents-508.pdf>

The screenshot shows a web interface titled "Incomplete/Missing List". It features a navigation bar with several tabs: "Incomplete Events", "Missing Events" (highlighted in green), "Incomplete Summary Data", "Missing Summary Data", "Incomplete Procedures", "Missing Procedures", "Missing Procedure-associated Events", "Unusual Susceptibility Profile", "Confirm CDI Test Type", and "Acknowledge CCN". Below the navigation bar is a table with the following columns: "Location", "CDC Location", "Month/Year", "Alert Type", "Event Type/Pathogen", "Summary Data Form Type", and "Report No Events". The table contains one row of data: "FACWIDEIN", "FACWIDEIN", "07/2023", "Summary but no events", "AR Event", and a link "AR Summary". The "Report No Events" column for this row contains an unchecked checkbox. The interface also includes pagination controls showing "Page 1 of 54" and "View 1 - 10 of 536".

Location	CDC Location	Month/Year	Alert Type	Event Type/Pathogen	Summary Data Form Type	Report No Events
FACWIDEIN	FACWIDEIN	07/2023	Summary but no events	AR Event	<a href="#">AR Summary</a>	<input type="checkbox"/>

# Borre las alertas al actualizar el plan de notificación

- En algunas circunstancias, tal vez no pueda notificar datos de una ubicación en su plan de notificación
  - P. ej., no puede capturar con precisión los datos del numerador o denominador
  - Elimine la ubicación del plan de notificación.
- Haga clic en el icono de tacho de basura para eliminar una fila entera
  - Vea las preguntas frecuentes del AU para obtener más información:  
<https://www.cdc.gov/nhsn/faqs/faq-au.html>

Antimicrobial Use and Resistance Module			
	Locations	Antimicrobial Use	Antimicrobial Resistance
	FACWIDEIN - Facility-wide Inpatient (FacWIDEIn) ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	MSICU - MEDICAL SURGICAL ICU - AU ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	700 - SURG WARD ▼	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Pregunta 16

**Si un hospital usa un proveedor validado, ¿cambia eso los requisitos?**

# No. Usar un proveedor validado no cambia los requisitos

- Si declara la "Opción 1: Preproducción y validación" y el hospital desea una carta de la NHSN que declare que la etapa de validación está completa, envíe los archivos de prueba relevantes, independientemente del proveedor que se use para enviar los datos del AU y la AR.
- Si declara la "Opción 2: Producción de datos validados", no necesita enviar archivos de prueba para su validación.

# Tres tipos distintos de validación

## 1. Validación de la calidad de los datos

- Realizada por el establecimiento o sistema individual.
- Valida que los datos sean precisos y completos (p. ej., días de antimicrobianos).
- No necesita compartir los resultados con el equipo de AUR de la NHSN.

## 2. Validación de los archivos CDA

- Parte del proceso del Programa de PI de los CMS del CY 2025.
- Valida que los archivos CDA cumplan con las reglas comerciales de la NHSN (p. ej., que los medicamentos correctos estén en el archivo y que se incluyan todos los campos obligatorios),

# Tres tipos distintos de validación (continuación)

## 3. Validación del *software* del proveedor

- a) Validación de la NHSN (también conocida como validación de los SDS)
  - Valida que el *software* del proveedor pueda aplicar las reglas del protocolo de AUR correctamente.
  - Requerido para todos los proveedores:  
<https://www.cdc.gov/nhsn/cdaportal/sds/index.html>
  
- b) Certificación de la ONC
  - El *software* validado del proveedor puede generar archivos CDA que cumplen con los requisitos de formato.
  - Requerido para todos los proveedores:  
<https://chpl.healthit.gov/#/search>

## Pregunta 17

**Mi hospital ya está enviando datos de producción del AU o la AR a la NHSN. ¿Necesitamos enviar un archivo de AU o AR para su prueba y validación?**

# **No. El envío de archivos para su validación no es necesario para los hospitales elegibles y CAH**

- **Los hospitales elegibles y CAH pueden declarar "Sí" a la "Opción 1" sin enviar archivos para su validación, si trabajan para crear archivos AUR durante el periodo de notificación del EHR.**
- **Para recibir una carta oficial de la NHSN, envíe los archivos relevantes (AU, Evento de AR, Resumen de AR) por correo electrónico con base en la medida de declaración.**

# Más información sobre la solicitud de archivos de prueba...

- Si su hospital planea declarar la "Opción 2: Producción de datos validados", puede ignorar estos correos electrónicos
  - Si declara la "Opción 1: Preproducción y validación"
  - Responda la solicitud de archivos de prueba dentro de los 30 días indicando que se registró antes de tener los archivos de prueba listos. **No responder al primer o segundo pedido de archivos de prueba dentro de un periodo de notificación del EHR significará que ese hospital elegible o CAH no cumplirá con los requisitos de medida mínimos y obtendrán un puntaje de cero para el Programa de Promoción de la Interoperabilidad de Medicare.**
  - ¿No tiene archivos de prueba listos?
    - Si el hospital elegible o CAH responde una vez dentro de los 60 días, no se necesitan más actualizaciones hasta que los archivos de prueba estén listos para su validación.

## Pregunta 18

**¿Cuándo necesitan los establecimientos hacer el registro y enviar los archivos de prueba para declarar la “Opción 1: Preproducción y validación” para el CY 2025?**

## El tiempo varía...

- **El registro debe completarse dentro de los 60 días del inicio del periodo de notificación del EHR**
  - Después del registro, la NHSN inmediatamente envía una solicitud de archivos de prueba.
  - Los establecimientos deberían responder a la solicitud de la NHSN con archivos de prueba o una actualización de estado dentro de los 30 días.
- **Pídales a los establecimientos que envíen los archivos de prueba a más tardar el 1.º de noviembre**
  - Esto le permite al equipo de la NHSN procesar los archivos de prueba.

## Ejemplo de cronograma para la Opción 1

- El establecimiento A designa del 1.º de marzo al 31 de agosto como su periodo de notificación del EHR de 180 días.
- Debe registrar la intención de enviar datos de AUR en la NHSN para el **30 de abril**.
  - Especificaciones de los CMS: completar el registro dentro de los 60 días del inicio del periodo de notificación del EHR.
- (Para recibir una carta de la NHSN que muestre que se cumplió con la validación) Debe enviar los archivos de prueba a más tardar el **1.º de noviembre**.
  - Envíe los archivos de prueba tan pronto como estén listos, no necesita esperar al 1.º de noviembre.
  - Si el hospital responde dentro de los 60 días, no se necesitan más actualizaciones hasta que los archivos de prueba estén listos para su validación.

## Pregunta 19



**¿Cuándo necesitan los establecimientos notificar los datos del AU y la AR para declarar la “Opción 2: Producción de datos validados” para el CY 2025?**

# A más tardar el 31 de enero del 2026

- Los datos deben notificarse mensualmente durante el periodo de notificación del EHR.
- La NHSN envía automáticamente cartas de estado el primer día de cada mes.
- Se envía la carta de resumen anual final el 1.º de febrero que muestra los envíos del año anterior.
  - Envíe todos los datos relevantes del AU y la AR a la NHSN a más tardar el **31 de enero del 2026** para que se incluya en el informe anual que se envía a los establecimientos el **1.º de febrero**.

Month/Year	Antimicrobial Use Surveillance Measure	Antimicrobial Resistance Surveillance Measure	
	Antimicrobial Use Summary	Antimicrobial Resistance Events	Antimicrobial Resistance Summary
01/2025	No	No	No

## Ejemplo de cronograma para la Opción 2

- El establecimiento B designa del 1.º de julio al 31 de diciembre como su periodo de notificación del EHR de 180 días.
- Debe registrar la intención de enviar datos de AUR en la NHSN para el 31 de agosto.
  - Especificaciones de los CMS: completar el registro dentro de los 60 días del inicio del periodo de notificación del EHR.
- Debe notificar los datos de producción AUR a la NHSN para el periodo de julio a diciembre de manera continua.
  - La NHSN recomienda enviar los datos del mes dentro de los 30 días de que se termine el mes.
  -  Asegúrese de que los datos de AUR de diciembre del 2025 se envíen para el 31 de enero del 2026 

## Verificación de conocimientos 5

¿Cuándo deben enviarse todos los datos relevantes del AU y la AR del CY 2025 para que se incluyan en el informe anual enviado a establecimientos?

- a) 31 de diciembre del 2025
- b) 1.º de enero del 2026
- c) 31 de enero del 2026
- d) 1.º de febrero del 2026



## Verificación de conocimientos de laboratorio 5: respuesta

¿Cuándo deben enviarse todos los datos relevantes del AU y la AR del CY 2025 para que se incluyan en el informe anual enviado a establecimientos?

- a) 31 de diciembre del 2025
- b) 1.º de enero del 2026
- c) 31 de enero del 2026**
- d) 1.º de febrero del 2026

**Explicación:** todos los datos relevantes del AU y la AR del CY 2025 deben enviarse a la NHSN a más tardar el 31 de enero del 2026 para que se incluyan en el informe anual enviado a establecimientos el 1.º de febrero del 2026.

## Pregunta 20

**¿Aplican los plazos trimestrales del Programa de Notificación de la Calidad a la notificación del Módulo de AUR para el Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS?**

## No. Son dos programas de los CMS distintos

- La medida de AUR dentro del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS no tiene plazos trimestrales.
- Se completa la notificación de AUR de manera continua.
- Los establecimientos declaran dentro del sistema de HQR de los CMS una vez al año (el plazo termina el último día de febrero).

## Pregunta 21

**¿Cuál es la penalidad por dejar de notificar datos del AU o la AR para el 2024 y años siguientes?**

# Los hospitales elegibles y CAH deben notificar "Sí" como respuesta o solicitar una exclusión aplicable

- Dejar de cumplir cualquiera de las medidas requeridas, incluso las medidas de vigilancia de AU y AR, dará como resultado un puntaje de cero para el Programa de Promoción de la Interoperabilidad de Medicare.
- El hospital elegible o CAH no se consideraría un usuario significativo de CEHRT y estaría sujeto a un ajuste descendente en el pago.
- Los CAH recibirán un ajuste descendente en el pago de Medicare del **101 % de costos razonables al 100 %**.
  - Los hospitales elegibles recibirán una reducción del 75 % de su actualización de canasta básica anual.

## Pregunta 22

**¿Proporcionan los CDC o la NHSN datos a los CMS?**

# No. Las medidas de AU y AR se basan en la declaración

- **Los CDC o la NHSN no proporcionan datos a los CMS para estas medidas de notificación**
  - La meta del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS es aumentar el intercambio de datos de atención médica interoperables.
- **Los establecimientos deben declarar a los CMS que están en participación activa en la NHSN**
  - Haga la declaración dentro del sistema de notificación de calidad del hospital (HQR) de los CMS: <https://hqr.cms.gov/hqrng/login>.
- **La NHSN proporciona documentos a los centros para usarlos como prueba**

## Pregunta 23

**¿Cuándo y dónde completan los establecimientos las declaraciones del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS?**

## Declarar dentro del HQR de los CMS

- **Los establecimientos declaran dentro del sistema de HQR de los CMS una vez al año para el año anterior (el plazo termina el último día de febrero salvo que los CMS especifique lo contrario)**
  - Ejemplo: enviar las declaraciones del CY 2025 a más tardar el 14 de marzo del 2026.
  - Nota: esta fecha está sujeta a cambios por los fines de semana, feriados federales u otros cambios propuestos e implementados en las regulaciones de los CMS. Los CMS notificarán los cambios de fecha.
- **Todas las medidas del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS están incluidas en el proceso de declaración**
- **Revise la biblioteca del Programa de Promoción de la Interoperabilidad de los CMS para obtener más información:**  
**<https://www.cms.gov/medicare/regulations-guidance/promoting-interoperability-programs/resource-library>**

## Pregunta 24

**¿Dónde y cuándo obtienen los establecimientos documentos del estado de participación activa?**

# Opción 1: documentos y verificación del estado del establecimiento

- **Opción 1: Reproducción y validación**

- Primero: envíe un correo electrónico diciendo que se ha registrado con éxito y pida enviar los archivos de prueba.
  - Envíeselo al administrador del establecimiento de la NHSN y a los usuarios opcionales del Programa de Promoción de la Interoperabilidad.
- Segundo: envíe un correo electrónico diciendo que sus archivos de prueba pasaron la validación.
  - Envíeselo al administrador del establecimiento de la NHSN y a los usuarios opcionales del Programa de Promoción de la Interoperabilidad.
  - Solo envíelos después de la NHSN valide 1 archivo de AU o 2 archivos de AR (Evento de AR y Resumen de AR).

# Opción 2: documentos y verificación del estado del establecimiento

- **Opción 2: Producción de datos validados**

- Correo electrónico mensual que muestra el estado de envío de datos AUR

- Se envía al administrador del establecimiento de la NHSN y a los usuarios opcionales del Programa de Promoción de la Interoperabilidad.
    - Se genera el primer día de cada mes.
    - La carta anual se genera el 1.º de febrero.

- El administrador del establecimiento puede generar las cartas que se crean según sea necesario en cualquier momento

<https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/cda/PHDI-Facility-Guidance-508.pdf>

Subject: PI Program Report of 2023 NHSN AUR data

This notice serves as written confirmation of your CMS Promoting Interoperability (PI) Program status with the National Healthcare Safety Network (NHSN) as of November 29, 2023 for the PI Program Antimicrobial Use and Resistance (AUR) reporting objective according to certification criterion # 170.315(f)(6).

Reporting for this PI Program objective includes reporting of Antimicrobial Use Summary, Antimicrobial Resistance Event, and Antimicrobial Resistance Summary data to NHSN.

For each year, data intended for inclusion in the annual PI Program status report must be uploaded into NHSN no later than the end of January of the following year (i.e., AUR data for 2022 must be reported into NHSN by January 31, 2023).

Registration of Intent Completed: [REDACTED]

The following is a status report of received Antimicrobial Use Summary, Antimicrobial Resistance Event, and Antimicrobial Resistance Summary data per month for 2023.

Month/Year	Antimicrobial Use Summary	Antimicrobial Resistance Events	Antimicrobial Resistance Summary
01/2023	Yes	Yes	Yes
02/2023	Yes	Yes	Yes
03/2023	Yes	Yes	Yes
04/2023	Yes	No	Yes
05/2023	Yes	Yes	Yes
06/2023	Yes	No	No
07/2023	Yes	No	Yes
08/2023	Yes	No	No
09/2023	Yes	Yes	No

Thank you for partnering with NHSN to support antimicrobial stewardship via electronic reporting.

Please retain this notification for your facility's records.

## Verificación de conocimientos 6

**Verdadero o falso: los CDC y la NHSN proporcionan datos a los CMS para notificar las medidas del AU y la AR.**

- A. Verdadero
- B. Falso



## Verificación de conocimientos de laboratorio 6: respuesta

**Verdadero o falso: Los CDC y la NHSN proporcionan datos a los CMS para notificar las medidas del AU y la AR.**

A. Verdadero

**B. Falso**

**Explicación:** los CDC o la NHSN no proporcionan datos a los CMS para estas medidas de notificación. Los establecimientos deben declarar ante los CMS que están en participación activa con la NHSN a través del sistema de HQR de los CMS y la NHSN proporciona documentos a los establecimientos como prueba.

# Recursos para el módulo de AUR

- Marque la página web del Módulo de AUR: <https://www.cdc.gov/nhsn/psc/aur/index.html>
- Revise el protocolo: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/11pscaurcurrent.pdf>
- Escuche o vea los seminarios web de capacitación: <https://www.cdc.gov/nhsn/training/patient-safety-component/aur.html>

# Recursos del Programa de Promoción de la Interoperabilidad específicos al Módulo de AUR

- Requisitos de la NHSN y los CMS:

<https://www.cdc.gov/nhsn/cms/ach.html>

## Antimicrobial Use and Resistance

[Operational Guidance for reporting AUR data – August 2023](#)  [PDF – 239 KB]

AUR Module Reporting for the CMS Promoting Interoperability Program – March 2024

[YouTube](#)

[Slide set](#)  [PDF – 3 MB]

[Slide set – En Español](#)  [PDF – 2 MB] – March 2023

[FAQs: AUR Reporting for the CMS Promoting Interoperability Program – July 2024](#)

[Promoting Interoperability – Guidance for Facilities – March 2023](#)  [PDF – 250 KB]

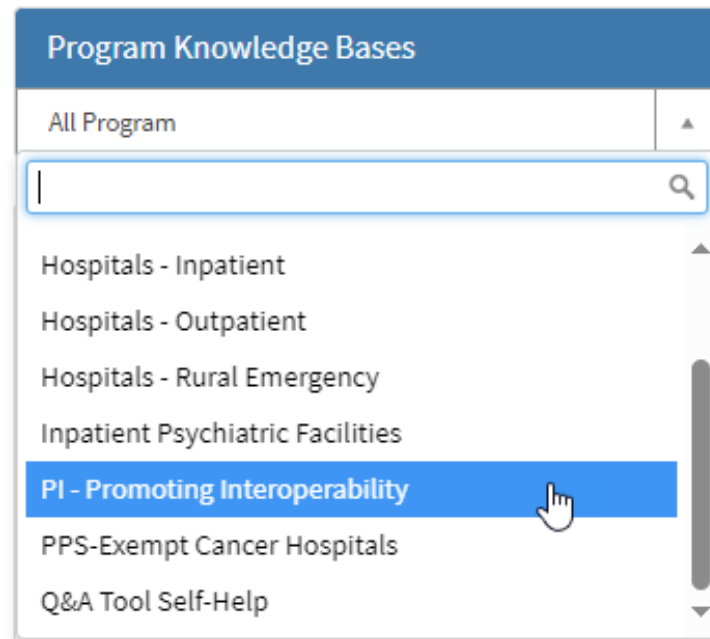
[Promoting Interoperability – Guidance for Facilities – March 2023 – En Español](#)  [PDF – 358 KB]

[Office Hours: AUR Module Reporting for the CMS Promoting Interoperability Program – Spring 2024](#)  [PDF – 1 MB]

[Office Hours: NHSN AUR Module Updates for 2025 – Fall 2025](#)  [PDF – 2 MB]

# Servicio de ayuda de los CMS

- Si tiene preguntas sobre el Programa de Promoción de la Interoperabilidad de Medicare, puede enviarlas a través de la herramienta de preguntas y respuestas de QualityNet aquí: [QualityNet.cms.gov](https://www.qualitynet.cms.gov)
- También puede comunicarse con el servicio de ayuda en vivo de los CMS al 844) 472-4477 para obtener ayuda.



## Si tiene preguntas o inquietudes sobre la NHSN, comuníquese con el servicio de ayuda de la NHSN

- **NHSN-ServiceNow** para enviar preguntas al servicio de ayuda de la NHSN.
- Acceda al portal nuevo en <https://servicedesk.cdc.gov/nhsncsp> .
- Si no tiene un usuario y contraseña de SAMS, o no puede acceder a ServiceNow, aún puede enviar un correo electrónico al servicio de ayuda de la NHSN a [nhsn@cdc.gov](mailto:nhsn@cdc.gov).

For more information, contact CDC  
1-800-CDC-INFO (232-4636)  
TTY: 1-888-232-6348 [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

The findings and conclusions in this report are those of the authors and do not necessarily represent the official position of the Centers for Disease Control and Prevention.

