

## **INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (INTRAHOSPITALARIAS)**

La instrucción del presente manual está dirigido a todo el personal profesional de enfermería y médicos, así como a los odontólogos, técnicos auxiliares de enfermería y de salud oral, personal de laboratorio y personal de aseo, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución.

### **INTRODUCCION**

#### **“DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD”**

En la actualidad las Infecciones asociadas a la atención en salud, más comúnmente llamadas Infecciones Intrahospitalarias, son consideradas uno de los principales problemas de seguridad del paciente por ser un evento adverso en la mayoría de los casos prevenibles.

Al mismo tiempo son consideradas como uno de los mejores indicadores de calidad de la atención debido a su frecuencia, la gravedad que conllevan, el aumento significativo de los costos que implica su ocurrencia y porque reflejan el resultado de acciones del equipo de salud, susceptibles de ser modificadas de acuerdo a los estándares vigentes.

La vigilancia y control epidemiológico nacen de la necesidad de evitar el contagio de enfermedades infecciosas en la comunidad. En sus inicios se implementaron acciones como aislamiento y cuarentena de enfermos, al transcurrir los años, gracias al aporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se crearon sistemas de vigilancia epidemiológica con implementación gubernamental en cada país.

Hoy, casi 150 años después de las importantes intervenciones del doctor Ignaz Semmelweis y de la enfermera Florence Nightingale en los campos de la asepsia y la antisepsia, reflejados en la práctica de lavado de manos, y la modificación de los ambientes hospitalarios y asepsia en la curación de las heridas, las infecciones asociadas a la atención en salud revisten una importancia cada día mayor, debido al impacto en la morbilidad de los pacientes, el incremento notable de los costos, el compromiso de los indicadores de calidad y buen nombre de las

instituciones, sin mencionar las complicaciones ético legales implicadas en el proceso.

Se estima que, en cualquier momento dado, más de 1 millón 400 mil personas en todo el mundo sufre de infecciones contraídas en hospitales.

En países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes contrae una o más infecciones, y se considera que entre el 15 y el 40% de los pacientes internados en atención crítica resulta afectado. En entornos de bajos recursos, las tasas de infección pueden superar el 20%, pero los datos disponibles son escasos y se necesita más investigación, en forma urgente, para evaluar el peso de la enfermedad en los países en vías de desarrollo.

Las instituciones que prestan servicios de salud son ambientes ideales para la transmisión de enfermedades por varias razones, entre ellas:

- Siempre que se realizan procedimientos médicos, el paciente está en riesgo de infección durante e inmediatamente después del procedimiento.
- Todo el personal que presta sus servicios en la institución está constantemente expuesto a los materiales potencialmente infecciosos, como parte de su trabajo.
- La mayoría de los pacientes que acude a los servicios de salud es más susceptible de adquirir infección que la población sana, debido a su patología de base que produce inmunosupresión en mayor o menor grado.
- Muchas veces se encuentran muchos pacientes en un espacio físico muy pequeño.
- Una buena parte de los pacientes que consulta un servicio médico tiene enfermedades infecciosas.
- Por las anteriores razones y por reglamentación específica del Ministerio de Salud, toda institución de salud debe contar con un comité de infecciones intrahospitalarias. Dicho comité debe contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud. También estas se manejan dentro del comité de vigilancia epidemiológica.
- Este documento pretende ser una herramienta que oriente a nuestra institución en el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica de

infecciones asociadas a la atención en salud, así como en la prevención y control de las mismas.

## **1. OBJETIVO**

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en los pacientes en la ESE Hospital Santa Margarita.

### **1.1. ESPECIFICOS**

- ✓ Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención de pacientes.
- ✓ Aumentar el reporte y búsqueda activa de las infecciones asociadas a la atención en salud, permitiendo el mejoramiento en los procesos para su control y dando lugar a la creación de indicadores de impacto que permiten medir la calidad de la atención en relación al tema de control de infecciones en la ESE.
- ✓ Concientizar al personal clínico y demás trabajadores del hospital (incluso los administradores) de las infecciones asociadas a la atención en salud y la resistencia a los antimicrobianos, de manera que aprecien la necesidad de acción preventiva.
- ✓ Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente, detectando y controlando oportunamente las fuentes.
- ✓ Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.
- ✓ Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición del riesgo infecciones asociadas a la atención del paciente.
- ✓ Disminuir la morbimortalidad y las secuelas por infecciones intrahospitalarias, así como disminuir el tiempo de hospitalización debido a infecciones intrahospitalarias.

## **2. DEFINICION**

## 2.1. Infección asociada a la atención en salud (IAAS) o intrahospitalaria (IIH)

Es aquella que no estaba presente, ni se encontraba en período de incubación al momento del ingreso del paciente o de realizarle uno procedimiento y se adquirió durante la hospitalización o como consecuencia de un procedimiento, manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente así:

- ✓ Paciente que ingresó sano, adquirió la infección y la desarrolló en el hospital (intrahospitalaria).
- ✓ Ingresa infectado, se cura, adquiere una nueva infección intrahospitalaria y egresa en período de incubación pero desarrolla la infección por fuera del hospital (intrahospitalaria).

Deben considerarse también como IAAS, las adquiridas por el personal de la unidad de salud y por los visitantes, siempre que se logre identificar la cadena de transmisión, el germen de la enfermedad y el foco a nivel institucional.

**“Se define IAAS o intrahospitalaria como aquellos procesos infecciosos que ocurren durante la hospitalización de un paciente (48-72 horas post-ingreso) o después del egreso, que no se encontraban presentes ni en incubación en el momento de la admisión. Ese período incluye 30 días en caso de cirugía limpia, o hasta un año en caso de prótesis valvular u ortopédica siempre y cuando el agente causal sea compatible”.**

La infección asociada a la atención en salud, aparece como consecuencia de la interacción agente, huésped y medio donde muchas circunstancias están en contra del huésped, como la inmunodeficiencia que puede estarse presentando a causa del estrés por la hospitalización o la patología que causó su internación al igual que los procedimientos invasivos y los tratamientos inmunosupresores a los cuales puede estar siendo sometido.

El agente puede estar en mayor concentración, ser resistente a los antibióticos y antisépticos comunes y ser favorecido al encontrar las barreras anatómicas como la piel y mucosas alteradas.

## 2.2. Infección Extrahospitalaria

Las infecciones que se presentan en las siguientes circunstancias no se consideran intrahospitalarias, dado que se asocian a procesos infecciosos

presentes al momento de la admisión, y aquellas en las que el paciente ingresa infectado y sale con el mismo proceso.

Se clasifican como extrahospitalarias:

- Paciente que ingresa infectado y sale con el mismo proceso.
- Paciente que ingresa en periodo de incubación y desarrolla la infección dentro del hospital o después del egreso.
- Neonato que adquiere la infección en forma transplacentaria, como herpes, sífilis, toxoplasmosis y rubéola, entre otras, la cual se evidencia al nacer.

**Agentes:** Cualquier agente infeccioso puede ser el causante. Los más frecuentemente implicados son las bacterias, los bacilos gram negativos y los cocos gram positivos en su orden, aunque también se describen IAAS por hongos y virus.

### **Bacterias**

**Bacterias comensales** encontradas en la flora normal de las personas sanas. (Por ejemplo, los estafilococos cutáneos negativos a la coagulasa pueden causar infección del catéter intravascular y Escherichia coli intestinal es la causa más común de infección urinaria.)

Las **bacterias patógenas** tienen mayor virulencia y causan infecciones (esporádicas o endémicas), independientemente del estado del huésped). Las bacterias grampositivas: causan una gran variedad de infecciones pulmonares, óseas, cardíacas y sanguíneas y a menudo son resistentes a los antibióticos. Las bacterias gram negativas pueden colonizar varios sitios cuando las defensas del huésped están comprometidas (inserción de un catéter o de una cánula, sonda vesical) y causar infecciones graves (del sitio de una intervención quirúrgica, los pulmones, el peritoneo, bacteriemia). Estos gramnegativos a menudo se aíslan en agua y en zonas húmedas (Pseudomonas spp), y pueden además colonizar el aparato digestivo de los pacientes hospitalizados.

### **Virus**

Existe la posibilidad de transmisión intrahospitalaria de muchos virus, incluso los virus de la hepatitis B y C (transfusiones, diálisis, inyecciones, endoscopia), el virus sincitial respiratorio (VSR), los rotavirus y los enterovirus (transmitidos por contacto del ano con la boca y por vía fecal-oral). También pueden transmitirse otros virus, como el citomegalovirus, el VIH y los virus de Ebola, la influenza, el herpes simple y la varicela zóster.

## **Parásitos y hongos**

Algunos parásitos (como Giardia lamblia) se transmiten con facilidad entre adultos o niños. Muchos hongos y otros parásitos son microorganismos oportunistas y causan infecciones durante el tratamiento prolongado con antibióticos e inmunodeficiencia grave (Candida albicans, Aspergillus spp., Cryptococcus neoformans, Cryptosporidium). Estos son una causa importante de infecciones sistémicas en pacientes con inmunodeficiencia. La contaminación ambiental por microorganismos transportados por el aire, como Aspergillus spp., originados en el polvo y el suelo, también son motivo de preocupación, especialmente durante la construcción de hospitales. Sarcoptes scabiei (arador de la sarna) es un ectoparásito que ha causado brotes en repetidas ocasiones en los establecimientos de atención de salud.

### **Modo de transmisión:**

- Por contacto directo: En la cual hay transferencia física directa de un microorganismo desde una persona infectada a una susceptible. (Persona - Persona).
- Por contacto indirecto: Contacto de la persona susceptible con un objeto contaminado como vendas, ropas, sondas, instrumental, monitores, pudiéndose incluir las gotas de secreciones nasales y respiratorias y los aerosoles. (objeto - persona).
- A través de vehículos: El germen se adquiere a través de alimentos contaminados, medicamentos y sangre.
- A través de vectores: Transmisión por picadura de artrópodos y otros insectos infectados.

**Período de incubación:** Varía de acuerdo con los diferentes agentes, tipo de infección y el estado inmunológico del paciente.

**Reservorio:** El hombre y algunos animales en relación con los diferentes agentes.

**Período de transmisibilidad:** Varía de acuerdo con los diferentes agentes.

**Distribución:** Mundial. Es mayor número de éstas se presentan en los hospitales con un alto porcentaje ocupacional, en las salas de prematuros, neonatos y quemados, pero puede observarse en cualquier área de hospitalización, de procedimientos o de atención a pacientes.

### **2.3. Factores de riesgo**

La infección hospitalaria se produce como consecuencia de la interacción entre agente, huésped y medio ambiente, como un proceso infeccioso de carácter multicausal.

Existen diversos factores de riesgo:

Endógenos: inherentes al paciente, como son: edad, sexo, disminución de las defensas a causa del estrés que genera la hospitalización, la patología de base con la cual ingresa al hospital, la alteración de las barreras anatómicas (piel y mucosas) e inmunológicas (inmunidad humoral y celular) debido a procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos, uso de antimicrobianos e inmunosupresores, entre otros, necesarios para el tratamiento, durante su permanencia en el hospital los cuales determinan la susceptibilidad particular.

Exógenos como:

1) La virulencia de la cepa: determinada por la patogenicidad de las especies y el número de microorganismos.

Generalmente los agentes infecciosos adquiridos en el medio hospitalario, pueden presentar más patogenicidad y/o virulencia y ser más resistentes a los antibióticos y/o antisépticos.

2) Inherentes a la institución: incluyen la planta física, su mantenimiento (el medio ambiente cuando no es el adecuado puede propiciar la permanencia y transmisión de los microorganismos patógenos), el cumplimiento de protocolos, el volumen y rotación del personal y el cumplimiento estricto por parte de este de todas las normas de bioseguridad pertinentes.

## **3. Definiciones de caso**

### **3.1 Caso sospechoso**

Paciente hospitalizado sin infección manifiesta o con infección diferente al momento del ingreso, que posteriormente presente fiebre, material purulento u otros signos o síntomas de infección durante el periodo de hospitalización ó 72 horas después del egreso.



### **3.2 Caso probable**

Es el caso sospechoso cuya historia clínica muestra que la enfermedad objeto de su ingreso no es la causa de la infección descubierta y el periodo de incubación del proceso infeccioso o su inicio se encuentra incluido dentro del tiempo de hospitalización.

### **3.3 caso confirmado**

Es el caso probable en el que se ha identificado, al menos, uno de los siguientes aspectos: la cadena de transmisión; los contactos; la fuente de infección; el modo de propagación; el mecanismo de transmisión, con o sin aislamiento del agente etiológico.

Por laboratorio: es el caso probable con resultados de laboratorio positivos para el agente etiológico.

### **3.4 Caso compatible**

Es un caso probable sin confirmación de laboratorio, con resultados parciales no concluyentes y sin asociación epidemiológica.

### **3.5 Caso descartado**

Es el paciente en el que se comprueba que ingresó con la infección, la tenía en proceso de incubación, la adquirió después del egreso o el cuadro clínico que la hizo clasificar como probable no era de etiología infecciosa intrahospitalaria.

## **EPIDEMIOLOGIA DE LAS IAAS**

Una elevada frecuencia de infecciones asociadas a la atención en salud, comprueba la calidad deficiente de la prestación de servicios de atención de salud y ocasiona costos evitables como ya se mencionó anteriormente.

### **Criterios simplificados para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud**

<b>Tipo de IAAS</b>	<b>Criterios Simplificados</b>
<b>Infección del sitio de intervención</b>	Cualquier secreción purulenta,

<b>quirúrgica</b>	absceso o celulitis difusa en el sitio de intervención quirúrgica en el mes siguiente a la operación
<b>Infección Urinaria</b>	Cultivo de Orina con resultados positivos (1 o 2 especies) al menos con 10 <sup>5</sup> /ml con síntomas clínicos o sin ellos.
<b>Infección respiratoria</b>	Síntomas respiratorios con manifestación de por lo menos 2 de los siguientes signos durante la hospitalización: - Tos - Expectoración purulenta - Nuevo Infiltrado en la placa de Rayos X de Tórax compatible con infección
<b>Infección de sitio de inserción de catéter vascular</b>	Inflamación o secreción purulenta en el sitio de inserción del catéter
<b>Septicemia</b>	Fiebre o escalofrío y por lo menos un cultivo de sangre con resultado positivo.

### **Tipos de infecciones:**

#### **Infecciones del tracto Urinario:**

“La ITU es la infección asociada a la atención en salud más común. Se estima que el 80% de estas infecciones son ocasionadas por el uso de una sonda vesical permanente. Las infecciones urinarias causan menos morbilidad que otras IAAS, pero a veces, pueden ocasionar bacteriemia y la muerte. Se calcula que luego del segundo día de uso de sonda vesical, el riesgo de bacteriuria aumenta 5-10% por día. En su mayoría, los casos de bacteriuria son asintomáticos y es más efectivo para su control el retiro de la sonda que la administración de antibióticos”.

Generalmente las bacterias causantes provienen de la flora intestinal, ya sea normal

(Ejemplo: Escherichia coli) o contraída en el hospital (ejemplo: Klebsiella polifarmacorresistente).

**Guía basada en la evidencia para la prevención de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres**

- Implementar protocolos de atención por escrito, con normas para la inserción de la sonda vesical.
- Insertar el catéter urinario sólo cuando sea necesario y dejarlo tanto tiempo como esté indicado.
- Considere otros métodos de manejo, como la sonda condón o el cateterismo transitorio o intermitente
- Mantener un sistema de drenaje continuamente cerrado y estéril.
- No desconectar el catéter y el tubo de drenaje a menos que deba ser irrigado.
- Mantener el flujo de la orina sin obstáculos.
- Vaciar regularmente la bolsa de recolección de la orina utilizando una bolsa de recolección para cada paciente, y tener cuidado de no dejar que el grifo de drenaje toque el contenedor. No es necesario limpiar la zona del meato con soluciones antisépticas, siendo suficiente la higiene de rutina. (especialmente durante el baño del paciente)
- No utilizar habitualmente catéteres recubiertos de plata u otros catéteres antibacterianos.
- En los pacientes con sonda no es necesario hacer estudios de detección de la bacteriuria asintomática.
- Evitar la irrigación de la sonda siempre que sea posible.
- No utilizar agentes antibacterianos sistémicos profilácticos rutinariamente.

## **Infecciones respiratorias nosocomiales**

### **Neumonía nosocomial**

Aparte de estar asociada a una mayor morbilidad y mortalidad, la sospecha de Neumonía en las UCI motiva el uso inapropiado de antibióticos, lo que contribuye a la resistencia bacteriana y al aumento de los efectos tóxicos y costos de la atención de la salud. Para optimizar el uso apropiado de los antibióticos, los médicos deben tener la precaución de manejar las recomendaciones vigentes para la Neumonía.

**Factores de riesgo de infecciones nosocomiales e infecciones con resistencia a los fármacos**

**Factores de riesgo para las infecciones nosocomiales**

- Hospitalización previa durante más de 2 días en los 90 días anteriores.
- Residencia en un hogar de ancianos o centro de cuidados de larga estancia.
- Inicio de terapia de infusión, incluidos los agentes antimicrobianos,
- Diálisis a largo plazo dentro de los 30 días.
- Cuidado de heridas en domicilio
- Miembro de la familia infectado con el patógeno multirresistente.

**Factores de riesgo de infección con bacterias resistentes a los medicamentos**

- Tratamiento antimicrobiano en 90 días anteriores.
- Hospitalización actual durante más de 5 días.
- Alta frecuencia de resistencia a los antibióticos en la comunidad o en una unidad hospitalaria específica.
- Inmunosupresión.

**\*Factores de riesgo de las guías de Infectious Diseases Society of America y de la American Thoracic Society.**

**Bacteriemia - Infecciones causadas por catéteres Intravasculares (o Asociada a Cateter)**

La infección puede ocurrir en el sitio de entrada a la piel del dispositivo intravascular o en la vía subcutánea del catéter (infección del túnel). Los microorganismos colonizadores del catéter dentro del vaso pueden producir bacteriemia sin infección externa visible. La flora cutánea permanente o transitoria es el foco de infección. Los principales factores de riesgo son la duración de la cateterización, el grado de asepsia en el momento de la inserción y el cuidado continuo del catéter.

Son más comunes en las unidades de cuidados intensivos. Las principales prácticas que deben seguirse con todos los catéteres vasculares comprenden las siguientes:

- Evitar la cateterización, a menos que haya una indicación médica.
- Mantener un alto nivel de asepsia para la inserción y el cuidado del catéter.
- Limitar al mínimo posible el período de uso de catéteres.
- Preparar los líquidos en forma aséptica e inmediatamente antes de su uso.
- Capacitar al personal en la inserción y el cuidado del catéter.

**Guía basada en la evidencia para la prevención de las infecciones hemáticas asociadas al catéter venoso central**

- Antes de insertar el catéter, educar al personal de salud sobre la prevención de la infección.
- Utilizar un listado de recomendaciones para la inserción del catéter, para garantizar el cumplimiento de las medidas preventivas.
- Adecuada higiene de las manos antes de la inserción o manipulación del catéter.
- Evitar el uso de la vena femoral en los adultos.
- Utilizar un kit de catéter con todo incluido y conservar al máximo la barrera estéril durante el procedimiento.
- En los pacientes >2 meses de edad, usar un antiséptico con clorhexidina para preparar la piel.
- Después de la inserción, desinfectar bien el catéter, los conectores sin aguja, los puertos de inyección; antes de insertar el catéter, quitar los catéteres innecesarios.
- Para los catéteres no tunelizados en los adultos, cambiar a apósitos transparentes y desinfectar el sitio con un antiséptico con clorhexidina, cada 5-7 días (gasas y apósitos, c/2 días), o con mayor frecuencia si el apósito está sucio, suelto o húmedo
- Reemplazar los equipos de administración no usados para productos de la sangre o lípidos, a intervalos no mayores a 96 horas.
- Vigilar la aparición de infección del torrente sanguíneo.
- En los hospitales con un control subóptimo de la infección a pesar de la aplicación de las reglas prácticas básicas, los pacientes en UTI >2 meses de edad se bañarán diariamente con una preparación con clorhexidina; se utilizan catéteres impregnados con antiséptico (o antibióticos para los pacientes adultos) y se usan apósitos con una esponja impregnada con clorhexidina y antimicrobianos para “sellar” los catéteres venosos centrales.

### **Otras infecciones intrahospitalarias**

Las infecciones de la piel y los tejidos blandos: las lesiones abiertas (úlceras comunes o por decúbito, quemaduras) fomentan la colonización bacteriana y puede ocasionar infección sistémica.

- La gastroenteritis es la infección asociada a la atención en salud más común en los niños, cuyo principal agente patógeno es un rotavirus: Clostridium difícil.
- La sinusitis y otras infecciones entéricas, las infecciones de los ojos y de la conjuntiva.
- La endometritis y otras infecciones de los órganos genitales después del parto.

A manera de ejemplo, se presenta un listado de posibles hallazgos de acuerdo con los diferentes tipos de infección:

<b>Sitio de afección</b>	<b>Hallazgos</b>
<b>Infección de vías respiratorias superiores:</b>	Faringoamigdalitis, fiebre, catarro común, rinorrea purulenta,
<b>Infección de vías respiratorias inferiores:</b>	Fiebre, expectoración, dolor, aumento de la frecuencia respiratoria.
<b>Gastroenteritis:</b>	Aumento brusco en el número y/o proporción de líquidos en las evacuaciones (diarrea), náuseas, vómito, cólico.
<b>Sitios de venopunción:</b>	Pus o inflamación en el sitio de entrada o flebitis séptica o química
<b>Conjuntivitis:</b>	Presencia de y/o inflamación palpebral con secreción ocular
<b>Onfalitis:</b>	Inflamación y/o hiperemia con pus en ombligo.
<b>Infecciones urinarias:</b>	Más de 100.000 colonias por ml en cultivo.
<b>Meningitis:</b>	Cuadro febril y signos meníngeos.
<b>Infecciones post quirúrgicas:</b>	Pus en el sitio de la herida quirúrgica. Fiebre, absceso superficial o profundo.
<b>Bacteremia septicemia: (neonatos y lactantes)</b>	Hiporreactividad, rechazo al alimento, distermias, fontanela abombada, apnea, ictericia o convulsiones. Hepatoesplenomegalia. Puede o no haber infecciones focales.
<b>Bacteremia -septicemia: (adultos)</b>	Fiebre, escalofríos, náuseas, vómito, diarrea, taquicardia, hipotensión 162n, oliguria, taquipnea, focos sépticos. Antecedente de proceso invasivo en vías urinarias.
<b>Urosepsis:</b>	Síndrome disúrico. Antecedente de proceso invasivo en vías urinarias.
<b>Endometritis:</b>	Fiebre, loquios fétidos.
<b>Infecciones en la piel:</b>	Fiebre, quemaduras infectadas, escamas, pines

	infectados
<b>Sistemáticas:</b>	Presencia de enfermedades eruptivas.
<b>Oral:</b>	Moniliasis o cualquier lesión purulenta de cavidad oral.

#### 4. Fuentes de información

La información utilizada para determinar y clasificar operativamente las IAAS debe obtenerse de:

Historia clínica. En caso de recién nacidos y lactantes deben incluirse los datos clínicos relacionados con el embarazo, el parto y la historia clínica materna.

Los resultados de laboratorio y otras pruebas diagnósticas.

Reportes del comité de infecciones.

Registros diarios de infecciones intrahospitalarias.

Consolidado de infecciones intrahospitalarias institucional

El perfil epidemiológico de la institución.

Rondas de seguridad.

Software de XENCO infecciones intrahospitalarias.

Registros individuales de atención.

Escucha activa.

#### 5. Metas

-Detectar e investigar oportunamente el 100% de las infecciones asociadas a la atención en salud (intra-hospitalarias).

- Vigilar incidencia y distribución de las IAAS, encontrar la fuente de infección de las infecciones asociadas a la atención en salud (intra-hospitalarias) detectadas.

- Corregir los procesos que estén implicados en las infecciones asociadas a la atención en salud (intra-hospitalarias).

-Normatizar procedimientos para prevenir la aparición de infecciones asociadas a la atención en salud (intra-hospitalarias).

- Lograr el control y la reducción del número de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Concientizar al personal clínico y demás trabajadores del hospital (incluso los administradores) de las infecciones asociadas a la atención en salud y la resistencia a los antimicrobianos, de manera que aprecien la necesidad de acción preventiva.
- Señalar la necesidad de crear programas de prevención nuevos e intensificados y evaluar el efecto de las medidas de prevención.
- Señalar los posibles puntos en que se puede mejorar la atención de los pacientes y la necesidad de efectuar otros estudios epidemiológicos (como análisis de los factores de riesgo).

## **6. Estrategias**

- Incrementar la búsqueda activa de casos de infección intrahospitalarios en los servicios ambulatorios y de internación.
- Análisis de las probables causas e intervención sobre éstas.
- Cumplimiento en la aplicación de las normas de asepsia y de aislamiento de pacientes.
- Cumplimiento en la aplicación de las normas de bioseguridad.
- Normalización de procesos en áreas críticas.
- Utilización apropiada de la red de laboratorio para la identificación de los gérmenes causantes de las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes que reciben atención directa por medio de prácticas apropiadas de lavado de las manos, uso de guantes y asepsia, estrategias de aislamiento, esterilización, desinfección y lavado de la ropa.
- Controlar los riesgos ambientales de infección.
- Proteger a los pacientes con el uso apropiado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación.
- Limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de los procedimientos invasivos y fomento del uso óptimo de antimicrobianos.
- Vigilar las infecciones e identificar y controlar brotes.
- Prevenir la infección de los miembros del personal.

## **7. Intervenciones**

El coordinador del comité: notificará los casos y brotes de IAAS de la institución al COVE.

De manera inmediata y colectiva: cuando se trate de brotes de IAAS que comprometan a varios pacientes en forma simultánea en un determinado servicio.

De forma mensual y colectiva: todos los casos confirmados según tipo de infección y microorganismo aislado en impreso y medio magnético de acuerdo con los instrumentos.

## **8. Manejo de caso**

Registrar la curva de temperatura.

Tomar, rotular y remitir muestra para aislamiento del germen al laboratorio de la institución (microbiología) o de referencia de la EPS o ARS, la cual debe ir acompañada del formulario de remisión diligenciado; en caso de no contar en el laboratorio de referencia con la infraestructura necesaria para la identificación completa del microorganismo aislado, debe remitirse el aislamiento a un laboratorio con la infraestructura adecuada o al Laboratorio de Salud Pública (cuando sea el caso) con el formulario adjunto, completamente diligenciado, registrando en él todos los procedimientos realizados en los diferentes niveles de complejidad.

Convocar a reunión extraordinaria del comité de vigilancia epidemiológica para definir acciones.

Manejo integral y adecuado de heridas y secreciones del paciente (drenaje de colecciones purulentas y uso de antibióticos según criterio médico).

Revisión permanente de venoclisis, sondas, drenes, etcétera, para observar signos de infección y decidir su cambio o retiro.

Revisar procedimientos realizados al paciente y las técnicas asépticas utilizadas.

Evaluar los sistemas de desinfección, desgerminación y esterilización.

Identificar aspectos críticos del personal de salud en el conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad.

## **9. Cumplimiento de las medidas de control**

Luego de haber analizado el evento y generado las recomendaciones respectivas, los miembros del comité de vigilancia epidemiológica deben realizar seguimiento y monitoreo en lo que respecta a:

Medidas de bioseguridad.

Normas sobre uso de antisépticos.

Procedimientos de desinfección y esterilización.

Procedimientos relacionados con el proceso de desechos hospitalarios.

Clasificación y precauciones de las áreas hospitalarias según riesgo.

Recursos suficientes y oportunos para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias.

## **10. Estrategias para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.**

Conformación y funcionamiento óptimo de un comité institucional de vigilancia epidemiológica de acuerdo con lo establecido.

Intervención oportuna y efectiva cuando se presente un caso o un brote de infección asociada a la atención en salud.

Prevención y control permanente de los factores de riesgo.

Análisis oportuno de los datos recolectados.

Difusión de los resultados obtenidos del análisis de los datos de vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud y sus factores de riesgo.

### **10.1. Para lograr procesos asistenciales seguros con el fin de detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud se deben desarrollar además acciones encaminadas a:**

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución

- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bio-riesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

## **10.2. Guías y protocolos de procedimientos requeridos**

Deben existir, por lo menos, los siguientes protocolos:

Lavado de manos rutinario.

Lavado de manos quirúrgico.

Higiene de manos.

Limpieza y desinfección de cada una de las áreas clínicas de acuerdo con el nivel de riesgo (bajo, intermedio o alto): hospitalización, sala de partos, sala de cirugía, lavandería, etcétera (incluyendo en cada caso las especificaciones necesarias para pisos, techos, paredes, ventanas etcétera).

Limpieza, desinfección y esterilización de equipos.

Limpieza, desinfección y esterilización de instrumental clasificado en elementos críticos, no críticos y semicríticos.

Manejo, recolección transporte y lavado de ropa de acuerdo a si está o no contaminada.

Ruta sanitaria institucional.

Normas de técnica aséptica para manejo de heridas.

Normas de bioseguridad.

Manejo del paciente infectado.

Protocolos de aislamiento.

Manejo de brotes.

### **10.2.1 Lavado de manos (Descrito en manual de bioseguridad de la ESE para cada uno de los servicios e impulsado desde la política de seguridad del usuario)**

Es considerado el procedimiento más importante en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.

En la piel de las manos se encuentran dos tipos de microorganismos: los que se consideran residentes, los cuales viven en la piel y son muy difíciles de erradicar, y los transitorios, que se adquieren en la vida diaria y son más fáciles de erradicar con un lavado adecuado.

Con un correcto lavado de manos puede reducirse el número de microorganismos existente en la piel y disminuir el riesgo de enfermar y transmitir la infección a los demás trabajadores de la salud, los pacientes y la comunidad (padres, hijos, amigos, etcétera).

¿Cuándo deben lavarse las manos?

Tan pronto como se llegue al trabajo.

Entre paciente y paciente.

Antes y después de colocarse los guantes para procedimientos clínicos o quirúrgicos.

Después de manipular instrumentos o ropa que pueden haber estado contaminados con sangre u otros fluidos corporales.

Antes de usar el baño.

Después de usar el baño.

Antes de salir del trabajo.

El uso de guantes no excluye el lavado de manos tanto antes como después de tenerlos.

#### **10.2.2. Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:**

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

#### **10.2.3. Componentes de la técnica aséptica**

Lavado de manos.

Aislamiento según se necesite de acuerdo con el procedimiento.

Correcta preparación del paciente.

Mantener estéril el área, limitando el acceso de personas, cerrando las puertas y ventanas, cumpliendo las normas de bioseguridad; en donde sea posible, realizar recambio de aire y limpiar y desinfectar el área entre pacientes y cuando la sospecha de una infección lo amerite.

Uso de una técnica limpia por parte de quien realiza el procedimiento

#### **10.2.4. Descontaminación, limpieza, esterilización y almacenaje**

Proceso definido y descrito en el manual de esterilización (ver manual en intranet)

#### **10.2.5. Limpieza y desinfección de áreas**

Este proceso debe seguirse según el manual de bioseguridad, de cada uno de los servicios. (Ubicado en intranet)

### **10.2.6. Ruta sanitaria institucional (DESECHOS)**

Todo lo relacionado con esto está descrito en el MPGIHS (ver manual).

Los desechos de la atención de salud incluyen todos los desechos generados por los establecimientos sanitarios. Se sospecha que los desechos infecciosos contienen agentes patógenos (bacterias, virus, parásitos u hongos) en concentraciones o cantidades suficientes para causar enfermedad en huéspedes vulnerables.

Esta categoría de desechos comprende los siguientes:

- Cultivos y caldos de agentes infecciosos del trabajo de laboratorio.
- Desechos de intervenciones quirúrgicas y autopsias de pacientes con enfermedades infecciosas (por ejemplo, tejidos y materiales o equipo que han estado en contacto con sangre u otros humores corporales).
- Desechos de pacientes infectados en pabellones de Aislamiento
- Cualquier otro instrumento o material contaminado por una persona o un animal infectado.

En las instituciones de salud es fundamental el manejo adecuado de los desechos los cuales deben separarse, de acuerdo con su composición, desde el mismo sitio en que se producen y no mezclarse durante el transporte ni el almacenaje.

Deben recogerse, mínimo, dos veces al día, en las horas de menor tránsito del personal y en bolsas adecuadas, según el código internacional de colores.

El transporte debe hacerse por el trayecto más corto posible en carros de tracción manual con sistemas de rodamiento, en material resistente e irrompible. No debe circularse por áreas estériles y limpias y los carros de transporte no deben sobrecargarse.

Los sitios del almacenamiento deben tener acabados lisos en paredes y pisos, ventilación adecuada, suministro de agua, drenajes, equipos para prevención y control de incendios, sistemas de aislamiento para impedir acceso a roedores y otros animales, señalización adecuada y separación que permita almacenar los desechos de acuerdo con sus características.

### **11. Aislamientos (ver manual en intranet)**

El sistema de aislamiento es una importante medida de prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud (intrahospitalarias), por medio del

cual se realizan determinados procedimientos destinados a cortar la vía de transmisión de una enfermedad infecciosa en dependencia de la vía de transmisión del agente biológico involucrado. Este sistema es una medida eficaz, que evita la transmisión de gérmenes de paciente a paciente, del personal a paciente, de medio a paciente y al personal y viceversa.

## **(SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA)**

### **OBJETIVO**

Establecer las necesidades de identificación, control y prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) mediante la observación, inspección y reporte continuo y oportuno de las necesidades y percepciones que tiene el personal de la ESE Hospital Santa margarita de Copacabana, frente a las infecciones, sus factores contributivos y los mecanismos de prevención que deben emplearse para dicho control

### **DESCRIPCIÓN:**

#### **ACCIONES DE VIGILANCIA**

Definición:

- La vigilancia es un método de detección, notificación y análisis activo y continuo de las infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes y personal.

- Se recogen datos para identificar el origen, determinar los métodos de propagación y efectuar recomendaciones acerca de las medidas de prevención y control.

1. Frecuencia o nivel de riesgo de complicaciones infecciosas en un área, población de pacientes, procedimiento o servicio.
2. Potencial de infecciones que contribuyen a generar resultados adversos en los pacientes.
3. Posibilidades de prevención.
4. Ocasionalmente, la solicitud de un médico o grupo de control o mejora de la calidad.

Los planes de vigilancia se reevalúan cuando es necesario y anualmente durante las reuniones de planificación de estrategias.

## Organización de una vigilancia eficiente

La vigilancia de las IAAS incluye acopio, análisis e interpretación de datos:

**1. Fuentes:** La asignación de personal adiestrado en obtención de datos (la capacitación debe ser organizada por el equipo de control de infecciones o el supervisor) que realice vigilancia activa intensificará la sensibilidad para diagnosticar infecciones. Entre las técnicas de búsqueda de casos cabe incluir las siguientes:

### Método

#### Paso 1

Diariamente, el personal definido examina los informes de microbiología específicos de cada plan de vigilancia para identificar los cultivos positivos que pueden indicar la existencia de pacientes infectados. Además de los informes de microbiología, estos especialistas utilizan otros sistemas de notificación para detectar posibles infecciones como las rondas diarias de vigilancia epidemiológica.

#### Paso 2

Se realiza un seguimiento de las infecciones potenciales detectadas en el Paso 1.

#### Paso 3

Las IAAS se introducen en una base de datos y luego de la revisión son enviadas al departamento de estadística el cual reenvía a los entes de control y de notificación obligatoria.

Rondas de Vigilancia Epidemiológica:

**2. Visita de inspección:** El personal de enfermería capacitado para la vigilancia y control de las IAAS (auxiliar de enfermería) se dirige a realizar las visitas servicio por servicio en las horas de la mañana (Hospitalización, Urgencias):

### Actividad en los servicios

- ✓ Vigilancia del uso adecuado de dispositivos o procedimientos que constituyen un riesgo de infección conocido (sondas vesicales permanentes o catéteres intravasculares, respiración mecánica o procedimientos quirúrgicos): el funcionario pasa servicio por servicio identificando, observando y reportando diariamente los dispositivos médicos instalados en

los pacientes y demás acciones que puedan generar riesgo y alteración en la seguridad del paciente. De igual modo verifica los procedimientos realizados por el personal asistencial (tanto médico como de enfermería) corroborando la clasificación adecuada de los residuos hospitalarios y similares, la aplicación de las normas de bioseguridad, las técnicas de asepsia y demás actividades que generen contagio o riesgo para el usuario.

- ✓ Registro de fiebre o de otros signos clínicos compatibles con infección.
- ✓ Tratamiento con antimicrobianos.
- ✓ Análisis de laboratorio (Cultivos): Aislamiento de microorganismos potencialmente relacionados con infección, patrones de resistencia a los antimicrobianos y análisis serológicos.
- ✓ Exámen de la historia clínica y de enfermería: Retroalimentación de acuerdo a las intervenciones con fines de medidas preventivas, evaluación del impacto de esas intervenciones por parte del comité de control de infecciones.

El personal médico y de enfermería debe registrar en el formato de reporte de aprendizaje de seguridad los casos que consideren sospechosos o confirmados de infección asociada a la atención en salud oral. Adicionalmente, la auxiliar de enfermería de control de infecciones y vigilancia epidemiológica diligencia los casos nuevos en las fichas de vigilancia epidemiológica.

En el servicio de estadística se lleva un registro de los casos reportados por el servicio de internación y los casos sospechosos se reportan al comité de vigilancia epidemiológica de la ESE.

Diariamente el personal de control epidemiológico y de infecciones debe pasar por las salas para verificar que se esté registrando en el formato de aprendizaje de seguridad y fichas técnicas de salud pública, recogerlo y entregarlo a encargada de los reportes, al líder de infecciones y área de estadística de la ESE.

**3.** En el momento que se hace la observación inmediatamente se realiza la intervención con el personal a cargo del paciente sensibilizando y explicando la importancia de mantener y mejorar las acciones de seguridad como el mantener las barandas de camas y camillas levantadas, el cambio de dispositivos médicos de acuerdo al protocolo establecido por el comité de vigilancia epidemiológica, los cuidados de la piel (la importancia de realizar cambios de posición de acuerdo a los requerimientos, al riesgo y estado de salud del paciente).

**4.** Se elabora el registro mensual de infecciones y se entregan a estadística para el respectivo reporte a los entes de control, además de presentarlo y hacer el despliegue y retroalimentación al personal de la institución de dichos indicadores. Se debe interactuar con el servicio de internación.

5. En la estancia de los usuarios en internación, se debe tener en cuenta:

- Presentación por parte de la Auxiliar de Enfermería encargada
- Se pregunta al paciente o en su defecto a familiar o acompañante del paciente como se ha sentido.
- Identificación de signos de infección: Se indaga por signos de infección tales como:
  - ✓ Calor
  - ✓ Eritema
  - ✓ Fiebre
  - ✓ Dolor
  - ✓ Adinamia
  - ✓ Anorexia
  - ✓ Escalofríos.

De igual modo se le interroga por el sitio donde tenía catéter intravenoso si ha presentado alguno de los síntomas anteriormente mencionados para identificar signos de flebitis.

Así mismo se pregunta si estuvo con sonda vesical y si luego del alta o del retiro de la sonda ha presentado:

- ✓ Necesidad urgente y frecuente de eliminar.
- ✓ Picazón o quemazón en la uretra al orinar.
- ✓ Enrojecimiento de la vulva y prurito vaginal (en las mujeres).
- ✓ Dolor al orinar y en las relaciones sexuales.
- ✓ Color turbio, lechoso (espeso) o anormal de la orina.
- ✓ Aparición de sangre en la orina.
- ✓ Fiebre y escalofríos (la fiebre puede significar que la infección ha alcanzado los riñones).
- ✓ Vómitos y náuseas.
- ✓ Dolor en el costado o espalda (indica infección en los riñones).
- ✓ A menudo, las mujeres sienten una ligera presión por encima del hueso púbico y muchos hombres sienten una dilatación del recto.

Además de lo anterior se indaga por sintomatología respiratoria para descartar posibles neumonías asociadas a la atención en salud.

Se pregunta por los siguientes signos y síntomas:

- ✓ Tos que puede producir esputo mucoso o purulento (flema)
- ✓ Escalofríos
- ✓ Fatiga con facilidad
- ✓ Sudoración excesiva (raras veces)

- ✓ Fiebre
- ✓ Molestia general, inquietud o indisposición (malestar general)
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Dolor y rigidez articular (raras veces)
- ✓ Anorexia
- ✓ Rigidez muscular
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Dolor de pecho agudo o punzante que empeora con la respiración profunda o la tos
- ✓ Dificultad para respirar

En el momento en que se identifica alguno de los síntomas anteriormente nombrados, se indica al paciente que debe asistir al servicio de salud en caso tal de que ya haya egresado para consultar explicando la sintomatología referida en el momento de la llamada.

6. Posteriormente dichos casos identificados y reportados son analizados por los miembros del Comité y si es confirmado se elabora el registro individual de notificación de infecciones asociadas a la atención en salud, el cual debe ser archivado en la carpeta correspondiente de seguimiento a infecciones con su respectivo informe.

### **Retroalimentación de datos**

Los datos sobre infecciones asociadas a la atención en salud, se presentan al Comité de Control de Infecciones en forma de índices. Además, cada profesional especializado puede tener un plan y formato de retroalimentación específico para varias áreas concretas.

Al obtener la información aportada por la vigilancia epidemiológica, es posible detectar los problemas y diseñar programas de intervención para disminuir las tasas de infección en cada centro y optimizar la asignación de los recursos disponibles, mejorando la calidad de atención.

Se analiza que el usuario al ingreso no haya presentado fiebre, presencia de material purulento, heridas contaminadas previamente, cuadros respiratorios, cuadros infecciosos intestinales, infecciones urinarias, o cualquier otro signo de infección.

Se determinan los factores de riesgo inherentes al usuario como presencia de diabetes, problemas de inmunidad, edad y procedimientos realizados con anterioridad en ésta institución o en otras

## **Control de infecciones:**

La prevención del riesgo para los pacientes y el personal es una preocupación de todos en el establecimiento y debe contar con el apoyo de la alta administración. Es necesario preparar un plan de trabajo anual para evaluar y promover una buena atención de salud, aislamiento apropiado, esterilización y otras prácticas, capacitación del personal y vigilancia epidemiológica. Los hospitales deben proporcionar suficientes recursos para apoyar este programa.

## **COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Además de las funciones descritas como COVE este Comité ofrece un foro para insumo y cooperación multidisciplinarios e intercambio de información. Este comité debe incluir amplia representación de programas pertinentes: por ejemplo, servicios de administración, personal médico y otros trabajadores de salud, microbiología clínica, farmacia, servicio central de suministros, mantenimiento, limpieza y capacitación. Debe rendir cuentas directamente a la administración o al personal médico para promover la visibilidad y eficacia del programa. En caso de emergencia (como un brote), debe poder reunirse sin demora. Tiene las siguientes funciones: Revisar y aprobar un programa anual de actividades de vigilancia y prevención.

- Revisar los datos de vigilancia epidemiológica y señalar los campos apropiados para intervención.
- Evaluar y promover mejores prácticas en todos los niveles del establecimiento de atención de salud.
- Asegurar la capacitación apropiada del personal en control de infecciones y seguridad.
- Examinar los riesgos que acarrea la nueva tecnología y vigilar los riesgos de infección de los nuevos dispositivos y productos, antes de autorizar su empleo.
- Revisar la investigación de las epidemias y hacer aportes a esa actividad.
- Comunicarse y cooperar con otros comités del hospital con intereses comunes, como los Comités de Farmacia y Terapéutica, uso de Antimicrobianos, Bioseguridad, Salud e Inocuidad y Transfusión de Sangre.

## **Especialistas en control de infecciones - (equipo de control de infecciones)**

El equipo o funcionario encargado del control de infecciones tiene la responsabilidad de establecer las funciones diarias que exige esa tarea y de preparar un plan de trabajo anual para examen por el comité de control de infecciones y la administración. Esas personas tienen una función de apoyo

científico y técnico: por ejemplo, vigilancia e investigación, formulación y evaluación de políticas y supervisión práctica, evaluación de materiales y productos, control de los métodos de esterilización y desinfección y ejecución de programas de capacitación. También deben apoyar los programas de investigación y evaluación y participar en ellos en los ámbitos nacional e internacional. El equipo de control de infecciones debe preparar y actualizar el manual, que se someterá a la revisión y aprobación del comité. El manual debe facilitarse al personal encargado de atender a los pacientes y actualizarse oportunamente.

### **Función de la administración del hospital**

Establecer un dentro del comité de vigilancia epidemiológica aportes y avances de las Infecciones de carácter multidisciplinario.

Buscar recursos apropiados para un programa de vigilancia de las infecciones y emplear los métodos de prevención más apropiados.

Asegurarse de educar y capacitar a todo el personal por medio de apoyo a los programas de prevención de la infección en lo relativo a técnicas de desinfección y esterilización.

Delegar la responsabilidad de los aspectos técnicos de la higiene hospitalaria a personal apropiado, por ejemplo, al de:

Enfermería

Limpieza

Mantenimiento

Laboratorio

Realizar un examen periódico de la frecuencia de IAAS y la eficacia de las intervenciones para contenerlas.

Examinar, aprobar y ejecutar las políticas aprobadas por el Comité de Control de Infecciones.

Asegurarse de que el equipo de control de infecciones tenga autoridad para facilitar el funcionamiento apropiado del programa.

Participar en la investigación de brotes.

### **Función del médico**

Los médicos tienen responsabilidades singulares en la prevención y el control de las IAAS al Prestar atención directa a los pacientes con prácticas que reduzcan la infección al mínimo:

- Seguir prácticas de higiene apropiadas (por ejemplo, lavado de las manos, aislamiento).
- Trabajar en el Comité de vigilancia epidemiológica.
- Apoyar al equipo de control de infecciones.

- Proteger a sus propios pacientes de otros infectados y del personal del hospital que pueda estar infectado.
- Cumplir con las prácticas aprobadas por el Comité de vigilancia epidemiológica.
- Obtener especímenes microbiológicos apropiados cuando haya una infección manifiesta o presunta.
- Notificar al equipo los casos de IAAS y el internado de pacientes infectados.
- Cumplir con las recomendaciones pertinentes del Comité de Uso de Antimicrobianos.
- Informar a los pacientes, a los visitantes y al personal sobre las técnicas para prevenir la transmisión de infecciones.
- Instituir un tratamiento apropiado de cualquier infección que tengan y tomar las medidas necesarias para impedir que se transmita a otras personas, especialmente a los pacientes.

### **Función del bacteriólogo**

- Manejar los especímenes tomados a los pacientes y al personal para aumentar al máximo la posibilidad de un diagnóstico microbiológico.
- Formular pautas para la recolección, el transporte y la manipulación de especímenes en forma apropiada.
- Asegurarse de que las prácticas de laboratorio se realicen de conformidad con normas apropiadas.
- Velar por que los laboratorios sigan prácticas seguras para prevenir la infección del personal.
- Realizar pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos de conformidad con métodos idóneos de renombre internacional y presentar informes resumidos de prevalencia de resistencia.
- Vigilar el proceso de esterilización y desinfección y el medio ambiente, cuando sea necesario.
- Enviar oportunamente los resultados al Comité de vigilancia epidemiológica.
- Realizar la tipificación epidemiológica de los microorganismos del ambiente hospitalario, cuando proceda.

### **Función del farmacéutico del hospital**

Obtener, almacenar y distribuir preparaciones farmacéuticas siguiendo prácticas que limiten la transmisión potencial de agentes infecciosos a los pacientes.

### **Función del personal de enfermería**

El administrador principal de enfermería tiene las siguientes responsabilidades:

- ✓ Participar en el Comité de Control de vigilancia epidemiológica.

- ✓ Promover la formulación y mejora de las técnicas de atención de enfermería y el examen permanente de las normas de atención de enfermería aséptica, con aprobación del Comité de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Crear programas de capacitación para los miembros del personal de enfermería.
- ✓ Supervisar la puesta en práctica de técnicas de prevención de infecciones en sitios especializados, como el quirófano, la unidad de cuidados intensivos y los pabellones de maternidad y de recién nacidos.
- ✓ Vigilar el cumplimiento de las normas por parte del personal de enfermería.

El jefe de enfermería de un servicio tiene las siguientes responsabilidades:

- ✓ Mantener las condiciones de higiene, de conformidad con las normas del hospital y las buenas prácticas de enfermería en el servicio.
- ✓ Vigilar las técnicas asépticas, incluso el lavado de las manos y el aislamiento.
- ✓ Informar de inmediato al médico de cabecera sobre cualquier prueba de infección de los pacientes bajo el cuidado de un miembro del personal de enfermería.
- ✓ Aislar al paciente y ordenar la toma de especímenes para cultivo a cualquier paciente con signos de una enfermedad transmisible, cuando sea imposible comunicarse con el médico de inmediato.
- ✓ Limitar la exposición del paciente a infecciones de visitantes, el personal del hospital, otros pacientes o el equipo de diagnóstico y tratamiento.
- ✓ Mantener existencias seguras y suficientes de equipo, medicamentos y suministros para el cuidado de los pacientes.

El miembro del personal de enfermería encargado del control de infecciones es miembro del equipo pertinente y tiene las siguientes responsabilidades:

- ✓ Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud
- ✓ Investigar el tipo de infección y el microorganismo infeccioso.
- ✓ Participar en la capacitación del personal.
- ✓ Participar en la investigación de brotes.
- ✓ Formular una política de control de infecciones y examinar y aprobar la política pertinente de atención de los pacientes.
- ✓ Asegurarse del cumplimiento con los reglamentos locales y nacionales.
- ✓ Servir de enlace con los establecimientos de salud pública y otros, cuando proceda.
- ✓ Ofrecer asesoramiento especializado a programas de salud y otros apropiados establecidos para el personal de los hospitales en materia de transmisión de infecciones.

### **Función del jefe de salud ocupacional**

Suministrar servicios de salud para los empleados, investigación de los contactos, tratamiento del personal afectado y, si ello es necesario, el traslado de los empleados enfermos fuera del lugar de trabajo. Desde el punto de vista de la prevención, también está la necesidad de implementar un programa de pruebas de tuberculosis y proporcionar vacunación al personal según lo estipulado por el hospital o por el gobierno. La salud ocupacional implica igualmente la valoración de muchas áreas de seguridad del empleado, como la exposición a sangre o fluidos corporales, el equipo y vestimenta de protección o los dispositivos de seguridad. La salud ocupacional es un componente importante del programa de prevención y control de infecciones de una organización.

### **Función del servicio central de Esterilización**

El servicio de esterilización sirve a todas las divisiones del hospital.  
Las responsabilidades del servicio de esterilización:

Limpiar, descontaminar, probar, preparar para el uso, esterilizar y guardar asépticamente todo el equipo estéril del hospital. Trabaja en colaboración con el Comité de Control de vigilancia epidemiológica y otros programas del hospital para establecer y vigilar las normas de limpieza y descontaminación de lo siguiente:

- Equipo reutilizable.
- Equipo contaminado, incluso:
  - Procedimientos de envoltura, según el tipo de esterilización
  - Métodos de esterilización, según la clase de equipo,
  - Condiciones de esterilización (por ejemplo, temperatura, duración, presión, humedad)

El coordinador de este servicio tiene como funciones:

- Supervisar el uso de diferentes métodos – físicos, químicos y bacteriológicos – para vigilar el proceso de esterilización.
- Asegurarse del mantenimiento técnico del equipo, según las normas nacionales y las recomendaciones de los fabricantes.
- Notificar cualquier defecto al personal de administración, mantenimiento y control de infecciones y a otro personal apropiado.
- Mantener registros completos de cada ciclo de uso del autoclave y asegurarse de la disponibilidad de dichos registros a largo plazo.
- Recoger o hacer recoger, a intervalos regulares, todas las unidades estériles caducadas.
- Comunicarse, según sea necesario, con el Comité de Control de vigilancia epidemiológica, el servicio de enfermería, el quirófano, los servicios de transporte, farmacia, mantenimiento y otros servicios apropiados del hospital.

### **Función del servicio de alimentación**

El director de servicios de alimentación debe conocer lo referente a inocuidad de los alimentos, capacitación de personal, almacenamiento y preparación de alimentos, análisis de cargos y uso de equipo. En nuestro caso que es un servicio tercerizado se debe realizar auditorías.

### **Función del servicio de lavandería**

El servicio de lavandería tiene las siguientes responsabilidades:  
Aunque el servicio es tercerizado y requiere auditorías se debe:

Establecer criterios de selección del sitio de los servicios de lavandería de la manera siguiente:

Asegurarse de tener un sistema apropiado de entrada y salida de ropa y de separación de las zonas de ropa limpia y ropa sucia.

Velar por la seguridad del personal de la lavandería mediante la prevención de la exposición a objetos cortantes y punzantes o a ropa sucia contaminada con agentes potencialmente patógenos.

### **Función del servicio de limpieza**

Para reducir al mínimo la transmisión de microorganismos por el equipo y el medio ambiente, es preciso establecer métodos adecuados de limpieza, desinfección y esterilización.

Se tienen procedimientos definidos desde el COPASO que especifiquen la frecuencia de la limpieza y los agentes empleados para las paredes, los pisos, ventanas, camas, cortinas, rejas, instalaciones fijas, muebles, baños y sanitarios y todos los dispositivos médicos reutilizados.

El servicio de limpieza se encarga de la limpieza regular y ordinaria de todas las superficies y de mantener estrictas condiciones de higiene en el establecimiento. En colaboración con el COPASO, tiene las siguientes responsabilidades:

- Clasificar las diferentes divisiones del hospital según sus distintas necesidades de limpieza.
- Establecer normas sobre técnicas de limpieza apropiadas.

- El procedimiento, la frecuencia, los agentes empleados, etc., en cada tipo de habitación, desde la más limpia hasta la más contaminada, y asegurarse de que se sigan esas prácticas y los principios de limpieza.
- Establecer normas para la recolección, el transporte y la evacuación de diferentes tipos de desechos (por ejemplo, contenedores, frecuencia).
- Asegurarse de llenar regularmente los dispensadores de jabón líquido y de toallas de papel.
- Informar al servicio de mantenimiento sobre cualquier problema del edificio que necesite reparación: grietas, defectos del equipo sanitario o eléctrico, etc.
- Cuidar las flores y las plantas en las zonas públicas.
- Controlar las plagas (insectos, roedores).
- Ofrecer capacitación apropiada a todos los nuevos empleados y, periódicamente, a otros, además de adiestramiento particular cuando se introduzca una nueva técnica.
- Establecer métodos de limpieza y desinfección de los artículos de cama (por ejemplo, colchones, almohadas).
- Determinar la frecuencia del lavado de cortinas en general y de las divisorias de las camas, etc.
- Examinar los planes de renovación o el nuevo mobiliario, incluso camas especiales para los pacientes, para determinar la factibilidad de limpieza.
- Debe haber un programa continuo de capacitación del personal. Este programa debe recalcar la higiene personal, la importancia del lavado frecuente y cuidadoso de las manos y los métodos de limpieza (por ejemplo, secuencia de la limpieza de las habitaciones, uso correcto del equipo, dilución de los agentes de limpieza, etc.). El personal también debe entender las causas de la contaminación de los locales y cómo limitarlas, incluso el método de acción de los desinfectantes. El personal de limpieza debe saber comunicarse con el personal de salud si contrae una infección particular, especialmente de la piel, el aparato digestivo y las vías respiratorias.

Las actividades de limpieza, como barrer, limpiar el polvo con trapeadores o paños secos o sacudir la ropa de cama pueden crear partículas en aerosol que pueden contener microorganismos.

### **Función del servicio de mantenimiento**

El servicio de mantenimiento tiene las siguientes responsabilidades:

- Colaborar con el personal de limpieza y enfermería no con otros grupos apropiados en la selección de equipo y asegurarse de la pronta identificación y corrección de cualquier defecto.
- Realizar inspecciones y mantenimiento regular del sistema de plomería, calefacción, refrigeración, conexiones eléctricas y acondicionamiento de aire; se deben mantener registros de esta actividad.

- Establecer procedimientos para reparaciones de emergencia en departamentos esenciales.
- Velar por la seguridad ambiental fuera del hospital, por ejemplo, evacuación de desechos, fuentes de agua.

Otros deberes especiales comprenden:

- Participación en la selección de equipo si su mantenimiento exige asistencia técnica.
- Inspección, limpieza y reemplazo regular de los filtros de todos los aparatos de ventilación y de los humidificadores.
- Prueba de los autoclaves (temperatura, presión, vacío, mecanismo de registro) y mantenimiento
- regular (limpieza de la cámara interior, vaciamiento de los tubos).
- Vigilancia de los termómetros de registro de los refrigeradores en los depósitos farmacéuticos, laboratorios.
- Inspección regular de todas las superficies – paredes, pisos, techos – para asegurarse de mantenerlas lisas y lavables.
- Reparación de cualquier abertura o grieta en las paredes divisorias o los marcos de las ventanas.
- Notificación al servicio de control de infecciones de cualquier interrupción anticipada de los servicios, como plomería o acondicionamiento de aire.

### **Forma de abordar los brotes**

Un brote se define como un aumento excepcional o inesperado del número de casos de una IAAS conocida o del surgimiento de casos de una nueva infección.

#### **Identificación de un brote - Investigación de un brote:**

- Se debe informar del problema a los funcionarios y departamentos apropiados de la institución y establecer los términos de referencia para la investigación. Eso debe comprender la formación de un equipo de control de brotes y una clara delineación de autoridad.
- El personal de comité de vigilancia debe ser parte del equipo de control de brotes.
- Es preciso confirmar si hay un brote con un examen de la información preliminar sobre el número de casos potenciales, los análisis microbiológicos disponibles, la gravedad del problema y los datos demográficos de la(s) persona(s), el lugar y la fecha.

### **Medidas de control inmediato para la gestión de brotes**

<b>Tipo de Presunta Transmisión</b>	<b>Medida Recomendada</b>
Transmisión Cruzada (de una persona a otra)	Aislamiento de paciente y precauciones mediante colocación de barreras, determinadas por los agentes infecciosos
Transmisión por las manos	Mejora del lavado de manos; formación de cohortes de pacientes
Agente transmitido por el aire	Aislamiento de pacientes con ventilación apropiada
Agente presente en el agua, transmitidos por el agua	Examen del sistema de abastecimiento de agua y de todos los contenedores de líquidos. Uso de dispositivos desechables
Agente Transmitido por los alimentos	Eliminación de los alimentos expuestos a riesgo

## **Prevención de las IAAS**

### **Estratificación del riesgo**

La posibilidad de contraer una infección está determinada por factores referentes al paciente, como el grado de inmunodeficiencia, y las intervenciones que intensifican el riesgo. El nivel de la práctica de atención de los pacientes puede diferir en distintos grupos expuestos a un riesgo distinto de contraer una infección. Convendrá realizar una evaluación del riesgo para clasificar a los pacientes y planear intervenciones de control de las infecciones.

### **Riesgo diferencial de IAAS por paciente e intervención**

<b>Riesgo de Infección</b>	<b>Tipo de Pacientes</b>	<b>Tipo de Procedimiento</b>
I Mínimo	Sin inmunodeficiencia,	No invasivo. Sin

	Sin enfermedad subyacente grave	Exposición a humores biológicos (sangre, orina, heces, LCR, y otros líquidos de cavidades corporales)
II Medio	Pacientes infectados o con algunos factores de riesgo (edad, neoplasma)	Exposición a humores biológicos o Procedimiento no quirúrgico invasivo (por ejemplo caracterización venosa periférica, introducción de una sonda urinaria)
III Alto	Con inmunodeficiencia Grave (< 500 Leucocitos/ml); traumatismo múltiple, quemaduras graves, trasplante de órganos	Intervención quirúrgica o procedimientos invasivos de alto riesgo (por ejemplo, caracterización venosa central, intubación endotraqueal)

### Medidas asépticas apropiadas para diferentes niveles de riesgo de infección

Riesgo de Infección	Asepsia	Antiséptico	Manos	Ropa	Dispositivo
I Mínimo	Medio limpio	Ninguno	Lavado social, o fricción con alcohol glicerinado	Ropa de calle	Limpieza o desinfección de nivel intermedio o bajo
II Medio	Practica Aséptica	Productos antisépticos normales	Lavado Clínico o desinfección por fricción	Protección contra la sangre y los humores biológicos según proceda	Desinfección para esterilización o de alto nivel
III Alto	Practica	Productos	Lavado	Ropa	Desinfección

	Aséptica para cirugía	importantes Específicos	quirúrgico o desinfección quirúrgica por fricción	quirúrgica: bata, mascarilla, gorro y guantes estériles	para esterilización o de alto nivel
--	-----------------------	-------------------------	---	---	-------------------------------------

## RECOMENDACIONES

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se podrán implantar las siguientes acciones:

- ✓ Existe evidencia importante de que la antisepsia de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria; por lo que se recomienda: seguir los 5 momentos planteados por la OMS/OPS.
- ✓ Las investigaciones publicadas sugieren que las estrategias multimodales y multidisciplinarias que se concentran en un cambio del sistema ofrecen la mayor probabilidad de éxito en términos de mejora de la higiene de las manos y reducción de infecciones
- ✓ Utilización de catéteres de un solo lumen, salvo en los casos que se necesite múltiples accesos para administrar varias soluciones esenciales para el manejo del paciente.
- ✓ Evaluar el riesgo beneficio de colocar un catéter en el sitio recomendado para reducir las infecciones contra el riesgo de complicaciones mecánicas.
- ✓ Utilizar técnicas estériles, guantes, batas, mascarillas y un campo grande para la inserción de catéteres venosos centrales y hacer uso de estas precauciones aún cuando el catéter se coloca en sala de cirugía.
- ✓ No se deben reemplazar en forma rutinaria los catéteres venosos centrales como método para prevenir las infecciones asociadas.
- ✓ Si se sospecha infección asociada aún cuando no haya evidencia de infección local se deberá retirar el catéter y colocar otro enviando, el que se retira a cultivo.
- ✓ Uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado de estos fluidos.
- ✓ Utilización de mascarillas, gafas y tapa bocas para evitar la transmisión aérea.
- ✓ Utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico.
- ✓ Manipular con precaución el equipo para el cuidado de los pacientes de manera que se evite la contaminación de la ropa, piel y mucosas.

- ✓ Manejar adecuadamente el equipó crítico que entra en contacto directo con el torrente sanguíneo o que atraviesa las barreras naturales de defensa, utilizando preferiblemente materiales desechables estériles.
- ✓ Cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas para disminuir la colonización bacteriana.
- ✓ Debe drenarse periódicamente cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica, teniendo cuidado que no refluya al paciente.
- ✓ En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculoesqueléticas del tórax deben recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.
- ✓ La inserción aséptica del catéter estéril y el mantenimiento del sistema de drenaje estéril y cerrado.

## GLOSARIO

**Aislamiento de contacto:** habitación de aislamiento, lavado de manos y uso de guantes, delantal limpio, instrumental personal (fonendoscopio y termómetro).

**Infección asociada a la atención en salud, intrahospitalaria o nosocomial:** es cualquier infección adquirida 48 horas después del ingreso hospitalario de un paciente que no la tenía ni se encontraba en incubación al momento de su ingreso (DEFINICION DEL MINISTERIO)

**Reservorio:** sitio u organismo (hombre, animales, vegetales, agua, objetos inanimados y otros), donde un agente patógeno permanece y desde allí es transmitido a los pacientes.

**Periodo de incubación:** varía de acuerdo con el agente causal, el tipo de infección y el estado inmunológico del paciente. Es el periodo transcurrido entre la adquisición del microorganismo y el desarrollo de los síntomas de la infección.

**Periodo de transmisibilidad:** varía según las condiciones del huésped y del agente infeccioso. Es el periodo durante el cual el paciente puede transmitir el microorganismo a un reservorio o a otra persona.

**Herida limpia:** es la incisión en la que no hay penetración del tracto gastrointestinal, urinario o respiratorio.

**Herida limpia contaminada:** es la incisión en la que hay penetración del tracto gastrointestinal, urinario o respiratorio.

**Herida contaminada:** es aquella en la que se encuentra inflamación aguda o derramamiento macroscópico desde una víscera hueca e incluye la herida traumática reciente.

**Herida sucia:** es aquella en la que se encuentra secreción purulenta o víscera perforada; incluye la herida traumática que no recibió tratamiento antes de cuatro horas.

**Vigilancia:** método de detección, notificación y análisis activo y continuo de las infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes y personal.

## RESALTAR

En los países desarrollados las infecciones asociadas a la atención en salud son responsables de más de 20.000 muertes por año y de éstas un 14.5 % corresponden a pacientes quirúrgicos. Se han descrito internacionalmente una serie de factores de riesgo asociados al desarrollo de infecciones asociadas a la atención en salud entre otros están: La severidad de la enfermedad de base, terapia antimicrobiana de amplio espectro, instrumental invasivo.

A nivel internacional se han realizado una serie de estudios sobre infecciones asociadas a la atención en salud, así como de sus factores de riesgo asociados. Un estudio del Dr. E. Andino y colaboradores realizado en la unidad de terapia intensiva del hospital Juan P. Garrahan de Buenos Aires en el año 1995 reveló una incidencia de 3.8 a 9.7 neumonías asociadas a ventilador, 2.7 a 7.9 de bacteriemias nosocomiales de catéter venoso, y 3.4 a 10.7 infecciones del tracto urinario por cada mil días de duración de los mismos. Revelación que mantiene su actualidad y vigencia. Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para dar respuesta a los continuos cambios y demandas tanto sociales como sanitarias.

El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y la administración del riesgo en los sistemas; y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren una mejora en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad. La base de esta actualización de conocimientos debe tener

encuentra la mejor evidencia científica posible y las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales dedicados al cuidado de la población.

## CONCLUSIONES

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección asociada a la atención en salud como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

En conclusión, las infecciones asociadas al cuidado de la atención en salud (IACS), representan un problema de salud pública y son un indicador de la calidad en prestación y gestión en salud. Estas implican un aumento del uso de antimicrobianos, la estancia hospitalaria y se asocian a un mayor riesgo de mortalidad, con consecuencias sociales y económicas para pacientes e instituciones. Por ende, un aumento en costos de atención para el Sistema de salud.

En este escenario los programas de vigilancia y control epidemiológico de IACS y la implementación y adaptación de guías para su prevención, son estrategias que pueden mejorar la seguridad del paciente y deben ser una prioridad para las instituciones. En general en las guías relacionadas con la prevención de IACS, se hacen recomendaciones basadas en el mejoramiento de procesos que claramente han demostrado su utilidad y que no requieren ninguna evaluación adicional, como la introducción de listas de chequeo, lavado de manos, sistemas de vigilancia y supervisión, entre otros. Por otra parte, existen procesos que requieren la implementación de nuevas tecnologías o fortalecer las ya existentes, en los cuales debe reforzarse su aplicación basada en la evidencia. En este documento se encuentran una serie de recomendaciones basadas en evidencia y adaptadas a la

realidad Colombiana y latinoamericana, fruto del trabajo de la integración de varias sociedades científicas de diferentes profesiones de la salud: Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Asociación Colombiana de Neumología, Asociación Colombiana de Facultades de Terapia Respiratoria, Asociación Colombiana de Químicos Farmacéuticos Hospitalarios y la Asociación Colombiana de Terapia Intravascular; que bajo la coordinación de la Asociación Colombiana de Infectología, Capitulo Central, permitieron el desarrollo exitoso de este consenso.

El documento propone la implementación de estas recomendaciones en las diferentes instituciones con el fin de lograr un mejoramiento en la atención y aunque algunas aparentemente puedan aparecer más costosas, claramente un buen análisis de tecnologías nos demuestra lo contrario. En este punto vale la pena resaltar a manera de ejemplo, la utilidad de la importancia del uso de sistemas cerrados para minimizar el riesgo de infección tanto en intervenciones respiratorias (circuitos cerrados), vasculares (uso de contenedores cerrados) y urinarias (sondas con preconectores sellados).

## **NORMOGRAMA**

La ley 09 de 1979 consideró la salud como un bien de interés público y estableció normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles así como para la divulgación de la información epidemiológica.

Las resoluciones 04153 de 1993, 974 de 1997, 0300 de 1998 y el decreto 2676 regulan el manejo de residuos hospitalarios y similares, y la resolución 4445 de 1996 establece las normas sobre condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, definiendo como establecimientos hospitalarios o similares todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas o mixtas, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física o mental.

Desde la Asamblea Mundial de la Salud en 2002, se reconoce la seguridad del paciente como un problema serio de salud pública, especialmente en los países en desarrollo, en los cuales el riesgo de infección intrahospitalaria es mayor.

Como respuesta a este problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, haciendo énfasis en algunas actividades principales, a saber, en el 2005 y 2006, “una atención limpia es una atención más segura”, en el 2007 y 2008 “la cirugía segura salva vidas”, en

la que se incluye la importancia de la profilaxis antibiótica como un marcador de buena atención, y en el 2008 y 2009, “la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos”.

Colombia a su vez, inicialmente estableció la vigilancia de los eventos adversos mediante la Resolución 1446 de 2006 y, posteriormente, en junio del 2008 publicó los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Esta incluye la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

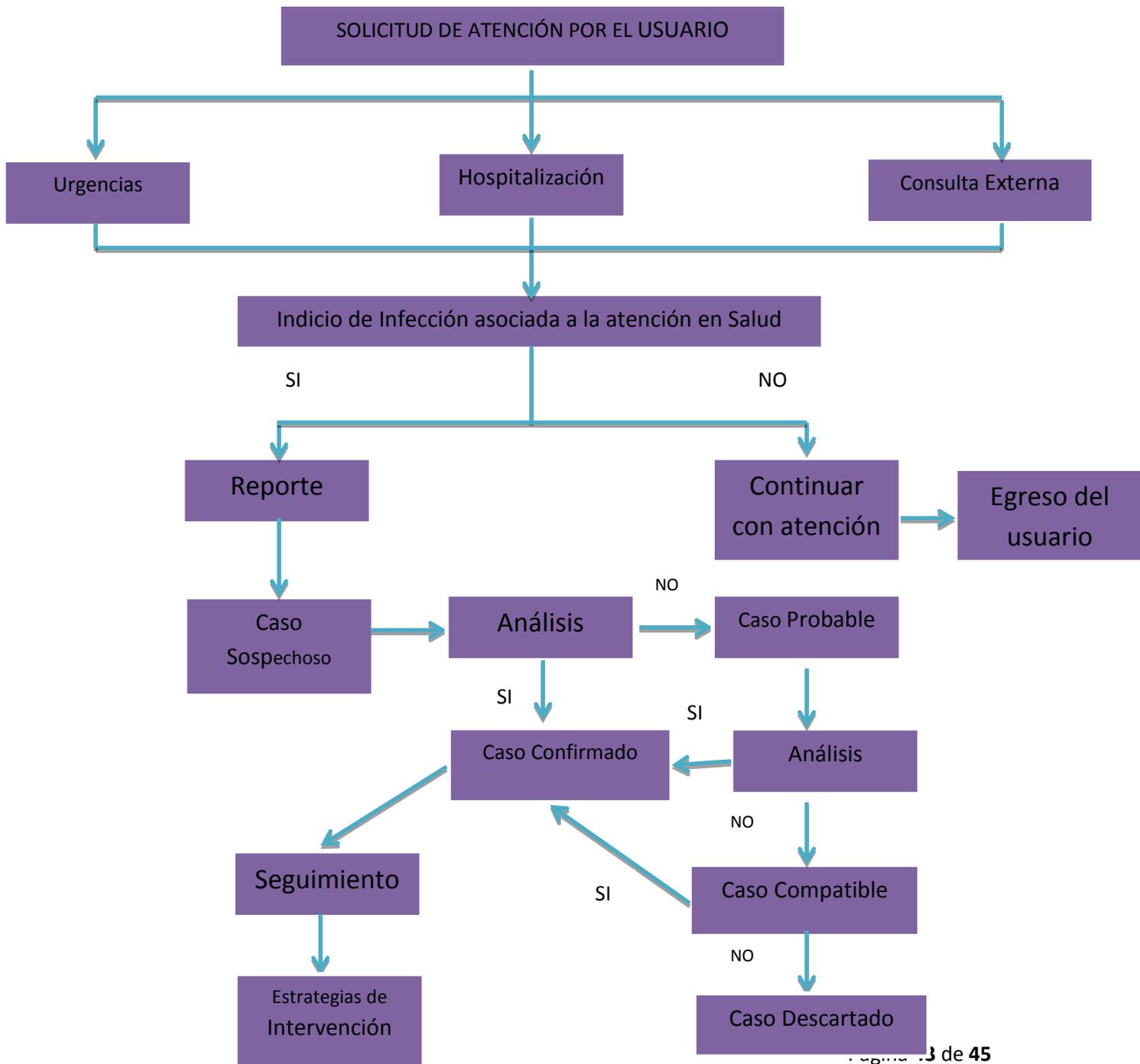
Así mismo, fue publicado en el sitio web del Ministerio de la Protección Social de Colombia, en el observatorio de calidad de la atención en salud, la información básica sobre la importancia de la evaluación de las tecnologías en salud, en el cual se resalta la definición propuesta por la Organización Mundial para la Salud, de las tecnologías para la salud o tecnologías sanitarias como “la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida”.

En el 2009, el Ministerio de la Protección Social, mediante la conformación de una red en resistencia antimicrobiana e infección intrahospitalaria; presentó un informe de diagnóstico de la situación actual de la infección intrahospitalaria en Colombia. En dicho informe se resalta que a pesar de la normatividad vigente concerniente a estándares de calidad y habilitación de atención de salud, aún existe en el país un subregistro importante, lo que no permite conocer adecuadamente la magnitud del problema. El dato global oficial registrado es de sólo 1.6%, mientras que diferentes estudios realizados en algunas instituciones permiten colegir que las cifras en nuestro país son mucho más altas, resaltando el impacto de las infecciones asociadas al uso de dispositivos vasculares, respiratorios, urinarios y asociadas a procedimientos quirúrgicos. Así mismo, este tipo de infecciones son las que se han descrito en la literatura como las principales causas de mortalidad y generadoras de costos extra para su atención.

El impacto no solo económico sino en vidas humanas ha sido informado en múltiples estudios e informes, lo que ha representado que la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la atención en salud sea uno de los 4 objetivos del Medicare y Medicaid en los Estados Unidos para el mejoramiento de la calidad hospitalaria; una de las 8 metas para la seguridad del paciente por la Joint Commission y una de las 4 prioridades para investigación del programa de seguridad del paciente de la OMS.

En América Latina, con participación de hospitales colombianos, se llevó a cabo el estudio de eventos adversos (IBEAS), encontrando que el 37.2% de los eventos reportados estaban relacionados con infecciones asociadas a la atención.

### FLUJOGRAMA



### CONTROL DE CAMBIOS:

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORO	REVISO	APROBO

### ELABORACIÓN, REVISION Y APROBACIÓN:

ELABORO	REVISIÓN	APROBACIÓN
Nombre: Aracelly Maida Velásquez Díaz	Nombre: Paulo Andrés Gutiérrez	Nombre: Paulo Andrés Gutiérrez
Cargo: líder infecciones Asociadas a la atención en salud.	Cargo: Coordinador medico	Cargo: Coordinador medico

### BIBLIOGRAFIA

1. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // <http://es.scribd.com/doc/51546332/vigilancia-20infecciones-20intrahospitalarias>. [Consultado el 08.04.2011].
2. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // [http://www.dssa.gov.co/index.php/documentos/doc\\_details/16-infecciones-intrah](http://www.dssa.gov.co/index.php/documentos/doc_details/16-infecciones-intrah). [Consultado el 08.04.2011].
3. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // [http://www.who.int/csr/resources/publications/ES\\_WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002\\_12.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf). [Consultado el 11.04.2011].
4. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // <http://spe.epiredperu.net/SE-IIH/21%20Guia%20Evaluacion%20IIH.pdf>. [Consultado el 08.04.2011].
5. Ministerio de la Protección Social. Paquetes instruccionales, guía técnica para la seguridad del paciente en la atención en salud; última actualización. Bogotá D.C.; El Ministerio; 2009.

6. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // <http://es.scribd.com/doc/55765030/Doc-190>. [Consultado el 11.04.2011].
7. E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí. Prevención control y seguimiento de enfermedades asociadas a la atención en salud. Itagüí; E.S.E.; 2009.
8. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // <http://es.scribd.com/doc/52890276/10-GUIA-PRACTICA>. [Consultado el 07.06.2011].
9. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // [http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/VIG\\_EPID\\_MANUALES/MANUAL%20PARA%20LA%20VIGILANCIA%20EPIDEMIOLOGICA,%20PREVENCIÓN%20Y%20CONTROL%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20NOCOMIALES.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/VIG_EPID_MANUALES/MANUAL%20PARA%20LA%20VIGILANCIA%20EPIDEMIOLOGICA,%20PREVENCIÓN%20Y%20CONTROL%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20NOCOMIALES.pdf). [Consultado el 08.04.2011].
10. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo166/capitulo166.htm>. [Consultado el 08.04.2011].
11. Google. Infecciones intrahospitalarias. [Página de internet] Disponible en: // MINISTERIO DE SALUD, GUÍA%20TÉCNICA%20DE%20BUENAS%20PRÁCTICAS%20EN%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE. [Consultado el 05.04.2011].