**PROTOCOLO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

**ADVERTENCIA:**

El presente documento es propiedad de Clínica no puede ser reproducido en todo o en parte, ni facilitado a terceros sin el conocimiento y autorización de la Gerencia Administrativa o personal responsable de su control.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO:**  **Equipo de Epidemiología** | **REVISADO:**  **Jefe de Epidemiologia** | **APROBADO:**  **Director Médico** |
| **Equipo de epidemiología** | **Dr. Moisés Apolaya** | **Dra. Erika Espinoza** |
| **25/08/2020** | **04/09/2020** | **08/09/2020** |

ÍNDICE

[**1. OBJETIVO 3**](#_Toc50116061)

[**2. ALCANCE 3**](#_Toc50116062)

[**3. REFERENCIAS Y/O BASE LEGAL 3**](#_Toc50116063)

[**4. TERMINOS Y DEFINICIONES 5**](#_Toc50116064)

[**5. RESPONSABLES 6**](#_Toc50116065)

[**6. POLÍTICAS 6**](#_Toc50116066)

[**7. DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO 7**](#_Toc50116067)

[**8. DOCUMENTOS RELACIONADOS: 23**](#_Toc50116082)

[**9. REGISTROS 23**](#_Toc50116083)

[**10. CONTROL DE CAMBIOS 24**](#_Toc50116084)

[**11. ANEXOS 24**](#_Toc50116085)

# OBJETIVO

* Establecer buenas prácticas para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias dentro de la Clínica.
* Asegurar que durante la atención del paciente se minimice el riesgo de infección para los pacientes, personal de salud y visitantes. ([Babcock and Woeltje 2014](#_ENREF_1))

# ALCANCE

El presente documento aplica a todo el personal de salud médico y asistencial de los servicios hospitalarios y de las unidades críticas de la clínica.

# REFERENCIAS Y/O BASE LEGAL

**Base legal**

* **Resolución Ministerial 452-2003 SA/DM**, que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
* **Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA**, que aprueba la NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".
* **Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA,** aprueba la NTS N°163-MINSA/2020/CDC “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud”
* **Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA**, que aprueba el "Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la Atención Materno y Neonatal 2009-2012".
* **Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud".
* Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International.
* Manual de Aislamiento Hospitalario, MINSA 2003.

**Referencias bibliográficas:**

* Babcock, H. M. and K. F. Woeltje (2014). The Developntent of Infection Surveillance and Prevention Prograrr1s. Bennett & Brachman's hospital infections. W. R. Jarvis, J. V. Bennett and P. S. Brachman. Philadelphia,, Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business**:** 57-62.
* Burke, J. P. (2003). "Infection Control — A Problem for Patient Safety." New England Journal of Medicine **348**(7): 651-656.
* Chincha, O., E. Cornelio, V. Valverde and M. Acevedo (2013). "Infecciones intrahospitalarias asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidados intensivos de un hospital nacional de Lima, Perú." Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública **30**: 616-620.
* Cuellar, L. E., E. Fernandez-Maldonado, V. D. Rosenthal, A. Castaneda-Sabogal, R. Rosales, M. J. Mayorga-Espichan, L. A. Camacho-Cosavalente and L. I. Castillo-Bravo (2008). "Device-associated infection rates and mortality in intensive care units of Peruvian hospitals: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium." Revista Panamericana de Salud Pública **24**: 16-24.
* Damani, N. (2007). "Simple measures save lives: an approach to infection control in countries with limited resources." J Hosp Infect **65 Suppl 2**: 151-154.
* España, Semicyuc and SEEIUC. (2018). "Proyecto: "Prevención de la infección urinaria relacionada con la sonda uretral en los pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos. ITU-Zero". 2018-2020." from <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2018/04/itu-zero/definitivo/PROYECTO-ITU-ZERO-2018-2020.pdf>.
* Fakih, M. G., S. MacArthur and L.-M. Dembry (2018). Quality Improvement in Healthcare Epidemiology. Practical Healthcare Epidemiology. E. Lautenbach, E. K. Shuman, J. H. Han et al. Cambridge, Cambridge University Press**:** 30-40.
* Garro, G. (2014). "Incidencia de infecciones intrahospitalarias en establecimientos de salud con internamiento en el Perú, 2012-2013." Bol. Epidemiol. **23**(17): 329-333.
* Gastmeier, P., B. Coignard and T. C. Horan (2013). Surveillance for healthcare-associated infections. Infectious Disease Surveillance, John Wiley & Sons Ltd**:** 248-260.
* IHI. "What Is a Bundle?" Retrieved Apr 13, 2017, from <http://www.ihi.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>.
* IHI. (2012). "How-to Guide: Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections (CLABSI)." Retrieved Apr 13, 2017, from <http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventCentralLineAssociatedBloodstreamInfection.aspx>.
* IHI. (2012). "How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia." Retrieved Apr 13, 2017, from <http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventVAP.aspx>.
* Rosenthal, V. D. (2011). "Health-care-associated infections in developing countries." The Lancet **377**(9761): 186-188.
* Yokoe, D. S., D. J. Anderson, S. M. Berenholtz, D. P. Calfee, E. R. Dubberke, K. D. Ellingson, D. N. Gerding, J. P. Haas, K. S. Kaye, M. Klompas, E. Lo, J. Marschall, L. A. Mermel, L. E. Nicolle, C. D. Salgado, K. Bryant, D. Classen, K. Crist, V. M. Deloney, N. O. Fishman, N. Foster, D. A. Goldmann, E. Humphreys, J. A. Jernigan, J. Padberg, T. M. Perl, K. Podgorny, E. J. Septimus, M. VanAmringe, T. Weaver, R. A. Weinstein, R. Wise and L. L. Maragakis (2014). "A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates." Infect Control Hosp Epidemiol **35**(8): 967-977.

# TERMINOS Y DEFINICIONES

* 1. **Aislamiento hospitalario**: Separación de personas infectadas durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso.
  2. **Infecciones intrahospitalarias:** **(IIH)** o también denominadas infecciones asociadas con la atención sanitaria **(IAAS)** son aquellas que están asociadas con la hospitalización (infecciones nosocomiales) u otro tratamiento médico. Son la complicación más común que afecta a los pacientes hospitalizados.
  3. **Bundle**: Colección de procesos o pasos que se realizan de manera sistemática para atender de forma efectiva a los pacientes que se someten a ciertos tratamientos que conllevan riesgos inherentes (por ejemplo, la inserción de un catéter venoso central).

# RESPONSABLES

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSABLE** | **RESPONSABILIDADES PRINCIPALES** |
| **Personal asistencial médico y enfermería** | * Conocimiento del presente documento. |
| **Equipo de Epidemiología** | * Difusión y capacitación del presente documento a las diversas áreas de la clínica. |
| **Comité de Prevención y Control de Infecciones** | * Velar por el cumplimiento de las buenas prácticas para la prevención y control de IIH, dentro de la clínica. |

# POLÍTICAS

1. Todos los pasos en un bundle deben completarse para que sea efectivo. Por lo tanto, los pasos están "agrupados" para maximizar la efectividad.
2. En lugar de calificar el cumplimiento en medidas individuales, el cumplimiento se puntúa para todo el bundle (por ejemplo, si se omite un paso o se realiza incorrectamente, esto se registraría como incumplimiento con todo el bundle).
3. Los bundle no deben ser demasiado complejos; deben constar de solo 3 a 5 pasos basados en la evidencia que requieren solo respuestas de sí o no para supervisar el cumplimiento.
4. La enfermera de prevención y control de infecciones (PCI) y las coordinadoras de enfermería de los servicios supervisarán el cumplimiento de estas estrategias.
5. Los resultados de la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias (indicadores) serán compartidos en las reuniones mensuales del Comité de PCI y difundidas por la Dirección Médica a todos los servicios.
6. Un programa de auditoría acordada por la Dirección Médica se llevará a cabo para establecer la eficacia, la aplicación y el grado de cumplimiento de esta política y sus procedimientos asociados para proporcionar una garantía independiente de que un sistema adecuado y eficaz de PCI está instaurado.

# DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO

La Clínica implementa procedimientos para la prevención y control de infecciones, a través del fomento de buenas prácticas intrahospitalarias. Los cuales se realizan para asegurar que durante la atención del paciente se minimice el riesgo de infección para los pacientes, personal de salud y visitantes. Además, la Clínica es responsable de la prestación de servicios que cumplan con la prevención y control de infecciones. Esto incluye la implementación y cumplimiento de la “***SPA.R.02 Política de Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención en salud***” y de los documentos de procedimientos relacionados, la capacitación del personal y los programas de vigilancia. Adicionalmente se incluye un listado de prácticas de atención que constituyen un riesgo de infección asociadas a la atención de salud (Anexo 1).

* 1. **JUSTIFICACION**

Las infecciones intrahospitalarias son aquellas que están asociadas con la hospitalización u otro tratamiento médico. Son la complicación más común que afecta a los pacientes hospitalizados. Actualmente, entre el 5% y 10% de los pacientes hospitalizados adquirirá una o más infecciones y en grupos especiales de riesgo la tasa de infección será aún mayor. Dichas infecciones son más frecuentes porque los hospitales atienden, cada vez, más personas con mayor gravedad y/o inmunodeprimidos o por el incremento en la realización de procedimientos médicos (cirugías, colocación de catéteres, ventilación mecánica, que eluden las barreras protectoras del cuerpo). Además, porque el personal de salud se mueve de un paciente a otro, facilitando la propagación de los agentes patógenos, si no se cumplen con las medidas de prevención y control de infecciones. ([Gastmeier, Coignard et al. 2013](#_ENREF_9))

Actualmente, dichas infecciones son más alarmantes conforme se propaga la resistencia antimicrobiana, haciendo más difícil el tratamiento. Sin embargo, los expertos estiman que al menos el 20% - 30% de todas las IIH son probablemente evitables. ([Gastmeier, Coignard et al. 2013](#_ENREF_9)). En cuanto a los microorganismos causales, éstos suelen provenir de la propia flora del paciente (fuente endógena), originarse del contacto con el personal, los instrumentos contaminados o el medio ambiente (fuente exógena). Por otro lado, son cuatro los tipos de infección que comprenden más del 80% de todas las IIH, la infección del tracto urinario (generalmente asociado con catéter), la infección de herida quirúrgica, la infección del torrente sanguíneo (generalmente asociado con el uso de un dispositivo intravascular) y la neumonía (generalmente asociado a la ventilación mecánica) ([Burke 2003](#_ENREF_2)).

En la clínica, las IIH presentan un comportamiento endémico:

* En las áreas críticas de la Clínica (UCI adultos) donde la neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) alcanza una densidad de incidencia de 4 x 1000 días de exposición a ventilador mecánico, por debajo de lo reportado por el MINSA para las UCI de un hospital nacional II-2 (8.18 x 1000 días de exposición a VM).
* La densidad de incidencia acumulada durante el presente año para ITU asociada a CUP en el servicio de hospitalización está por encima de lo reportado a nivel nacional para los años 2012 - 2013 (2.28 x 1000 días de exposición a CUP) ([Garro 2014](#_ENREF_8)).
  1. **PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS A TRAVÉS DE LA HIGIENE DE MANOS**

Prácticas básicas para la higiene de las manos:

* Seleccionar los productos adecuados (calidad de evidencia: II).
* Proporcionar un cómodo acceso a los dispensadores e insumos para la higiene de manos, colocándolas de manera estratégica y asegurar que se reemplazan de forma rutinaria con la frecuencia necesaria (calidad de evidencia: III).
* Involucrar al personal de salud en la elección de productos (calidad de evidencia: III).
* Realice la higiene de manos con un desinfectante para manos a base de alcohol o, alternativamente, un jabón con o sin antimicrobiano para los 5 momentos (calidad de evidencia: II).
* Realizar la higiene de manos con jabón antiséptico o sin antimicrobiano cuando las manos están visiblemente sucias (calidad de evidencia: II).
* Evaluar barreras específicas de la unidad o de la institución para la higiene de manos con el personal de salud de primera línea con el propósito de identificar intervenciones que sean localmente relevantes (calidad de evidencia: III).
* Implementar una estrategia multimodal (“bundle” o paquete) para mejorar el cumplimiento la higiene de manos para abordar directamente las barreras más importantes de la organización (calidad de evidencia: II).
* Capacitar, motivar y asegurar la competencia del personal de salud (cualquiera que cuide al paciente en nombre de la institución) sobre la higiene de manos adecuada (calidad de evidencia: III).
* Medir el cumplimiento de la higiene de manos a través de la observación directa (observadores humanos), la medición del volumen del producto, o un control automatizado (calidad de evidencia: II).
* Proporcionar retroalimentación al personal de salud sobre el cumplimiento de la higiene de manos (calidad de evidencia: III).

Enfoques especiales para la higiene de manos.

* Durante los brotes de norovirus, además de las precauciones de contacto que requieren el uso de guantes, considere el uso preferencial del lavado de manos con agua y jabón después de atender a los pacientes con infección conocida o sospechada por norovirus (calidad de evidencia: III).
* Durante los brotes por C. difficile o en lugares hiperendémicos por infecciones de C. difficile (CDI), además de las precauciones de contacto que requieren el uso de guantes, considere el uso preferencial del lavado de manos con agua y jabón después de atender a los pacientes con CDI conocida o sospechada (calidad de evidencia: III).

Anexo 02: Resumen de las medidas para mejorar el control de la infección **(**[Damani 2007](#_ENREF_5)**)**

* 1. **ESTRUCTURA DE BUENAS PRÁCTICAS IIH**

En el presente documento se detallarán las recomendaciones para prevenir las diversas infecciones intrahospitalarias, considerando evidencias científicas. Las cuales, comprenderán lo siguiente:

* Guías de prevención de IAAS con evidencias científicas.
* Care Bundle

Para ello, se evaluará las siguientes infecciones:

* Neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV).
* Infección de Torrente Sanguíneo (ITS) asociado a Catéter Intravascular (CLABSI).
* Infección urinaria asociada a catéter.
* Infección de sitio quirúrgico (ISQ).
* Prevención de Infecciones por *Clostridium difficile* (CDI).
* Prevención de Infecciones *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM).

En la publicación cada recomendación de prevención de infección se le asignó una calificación de calidad de la evidencia (alta = I, moderada = II o baja = III) adaptada de los criterios utilizados por el sistema GRADE (Graduación de la Recomendación, Evaluación, Desarrollo y Evaluación) y el Grupo de Trabajo sobre Atención Preventiva de Salud Canadiense.

**7.3.1. PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR (NAV)**

* + - 1. **PACIENTES ADULTOS**

1. **Guía Para Prevenir Neumonía asociada a ventilador**

Prácticas básicas para prevenir la NAV y otros eventos asociados al ventilador en pacientes adultos: intervenciones con poco riesgo de daño que disminuyen la duración de la ventilación mecánica, la duración de la estancia, mortalidad y/o costos.

1. **Evitar la intubación si es posible.**

* Utilice ventilación con presión positiva no invasiva (VPPNI) siempre que sea posible (calidad de evidencia: I).

1. **Minimizar la sedación.**

* Manejar los pacientes ventilados sin sedantes siempre que sea posible (calidad de evidencia: II).
* Interrupción de la sedación una vez al día (ensayos de despertar espontáneo) para los pacientes sin contraindicaciones (calidad de evidencia: I).
* Evaluar la disposición para retirar la intubación una vez al día (ensayos de respiración espontánea) en pacientes sin contraindicaciones (calidad de evidencia: I).
* Aparear ensayos de respiración espontánea con ensayos espontáneas del despertar (calidad de evidencia: I).

1. **Mantener y mejorar la condición física.**

* Proporcionar ejercicio y movilización precoz (calidad de evidencia: II).

1. **Minimizar la acumulación de secreciones por encima del balón del tubo endotraqueal.**

* Proporcionar tubos endotraqueales con orificios de drenaje de secreción subglótica para los pacientes que puedan requerir más de 48 o 72 horas de intubación (calidad de evidencia: II).

1. **Elevar la cabecera de la cama.**

* Elevar la cabecera de la cama a 30 - 45° (calidad de evidencia: III).

1. **Mantenimiento de los circuitos del ventilador.**

* Cambie el circuito del ventilador sólo si están visiblemente sucios o funcionando mal (calidad de evidencia: I).
* Siga las guías para la esterilización y desinfección de los equipos de atención respiratoria del CDC/HICPAC (Centros de Prevención y Control de Enfermedades / Comité Asesor de Prácticas de Control de Infección en servicios de Salud) (calidad de evidencia: II).
  + - 1. **PACIENTES NEONATOS**

1. **Guía Para Prevenir Neumonía asociada al ventilador en neonatos**

Prácticas básicas para neonatos prematuros: intervenciones con riesgo mínimo de daños que pueden bajar las tasas de NAV.

1. **Evitar la intubación si es posible**

* Considere la ventilación de presión positiva nasal continua con o sin ventilación mecánica intermitente nasal como una alternativa a la intubación (calidad de la evidencia: I).

1. **Reducir al mínimo la duración de la ventilación mecánica.**

* Manejar los pacientes sin sedación siempre que sea posible (calidad de evidencia: III).
* Evaluar la disposición para retirar la intubación diariamente (calidad de evidencia: III).
* Evite extubaciones y reintubaciones no planificadas (calidad de evidencia: III).
* Proveer cuidado oral regular con agua estéril (extrapolada de estudios en adultos, no hay datos en los recién nacidos prematuros; calidad de evidencia: III).
* Reducir al mínimo interrupciones en el circuito del ventilador (extrapolados de estudios en adultos, no hay datos en los recién nacidos prematuros; calidad de evidencia: III).
* Cambie el circuito del ventilador sólo si están visiblemente sucias o funcionando mal (extrapolada de estudios en adultos y niños, no hay datos en los recién nacidos prematuros; calidad de evidencia: III).

Situaciones especiales para los neonatos prematuros.

1. **Intervenciones con mínimos riesgos de daño, pero impacto desconocido en las tasas de NAV.**

* Posición en decúbito lateral (calidad de la evidencia: III).
* Posición en Trendelenburg Invertido (calidad de la evidencia: III).
* Aspiración cerrada/en línea (calidad de la evidencia: III).
  + - 1. **PACIENTES PEDIÁTRICOS**

**a. Guía Para Prevenir Neumonía asociada al ventilador en pediátricos**

Prácticas básicas para los pacientes pediátricos: intervenciones con riesgo mínimo de daños y algunos datos que ellas reducen las tasas de NAV.

* + 1. **Evitar la intubación si es posible.**
* Utilice VPPNI en poblaciones seleccionadas siempre que sea posible (calidad de la evidencia: II).
  + 1. **Reducir al mínimo el tiempo de ventilación mecánica.**
* Evaluar la disposición para retirar la intubación diariamente en pacientes sin contraindicaciones (calidad de la evidencia: II).
* Evite extubaciones y reintubaciones no planificadas (calidad de evidencia: III).
  + 1. **Proporcionar cuidado bucal regular.**
* Proveer cuidado oral regular (calidad de la evidencia: III).
  + 1. **Elevar la cabecera de la cama.**
* Elevar la cabecera de la cama salvo que esté contraindicado médicamente (calidad de la evidencia: III).
  + 1. **Mantener circuitos del ventilador.**
* Cambiar circuitos del ventilador sólo cuando estén visiblemente sucias o con mal funcionamiento (calidad de evidencia: II).
* Retire el condensado del circuito del ventilador con frecuencia (calidad de evidencia: III).
* Aspiración de secreciones orales antes de cada cambio posición (calidad de evidencia: III).
  + 1. **Selección y mantenimiento del tubo endotraqueal.**
* Utilice tubos endotraqueales con manguito (calidad de evidencia: III).
* Mantenga la presión y el volumen del manguito en la configuración oclusiva mínima para evitar fugas de aire alrededor del tubo endotraqueal clínicamente significativas, normalmente 20 cm de agua (calidad de evidencia: III).

Enfoques especiales para pacientes pediátricos.

* + 1. **Intervenciones con evidencia de beneficio en pacientes adultos y mínimos riesgos de daño, pero con datos limitados en poblaciones pediátricas**
* Interrupción de la sedación una vez al día (calidad de evidencia: II).

1. **Bundle para prevenir la neumonía asociada a ventilador (NAV) (**[**IHI 2012**](#_ENREF_12)**)**

Los pacientes con ventilador tienen un alto riesgo de sufrir varias complicaciones graves: neumonía asociada a este (NAV), tromboembolismo venoso (TEV) y hemorragia gastrointestinal inducida por estrés. Los investigadores de IHI revisaron la evidencia e identificaron cuatro elementos de la atención para la prevención de estos eventos en pacientes ventilados que están respaldados por sólidos ensayos clínicos de nivel uno:

1. Elevación de la cabecera de la cama entre 30 y 45 grados.
2. "Interrupción diaria de la sedación" y evaluación diaria de la preparación para la extubación.
3. Profilaxis de la enfermedad de la úlcera péptica.
4. Profilaxis de la trombosis venosa profunda (TVP) (a menos que esté contraindicada).

En el 2010, investigadores de IHI determinaron que hay apoyo en la evidencia para la adición de un quinto elemento en este trabajo:

1. Cuidados orales diarios con clorhexidina.

Los investigadores de IHI encontraron que la aplicación general de estos elementos no estaba ocurriendo de manera confiable. Pasar a la medida de "todo o nada" cambió el enfoque del esfuerzo de mejora hacia la meta de mejorar los cuatro elementos iniciales juntos, que se conoció como el bundle del ventilador de IHI. Cuando el personal del hospital comenzó a cambiar sus esfuerzos de mejora de la confiabilidad de elementos individuales a la confiabilidad del bundle (enfoque de todo o nada), se necesitaban nuevas formas de trabajo que incorporaran principios de confiabilidad de otras industrias.

No todas las medidas preventivas posibles están incluidas en un bundle en particular, ya que el bundle no pretende ser una lista completa de todos los cuidados que deben proporcionarse. Por ejemplo, varias intervenciones (succión subglótica, descontaminación selectiva del intestino y rotación lateral continua) no se incluyen en el bundle del ventilador de IHI. Esto no implica que estas y otras actividades no se deban considerar para los pacientes ventilados como estrategias de prevención de NAV. Debido a que el bundle de ventilación según lo diseñado ha llevado al éxito en muchos hospitales, IHI decidió no alterar los elementos hasta el 2010, con la adición del cuidado oral diario con clorhexidina. Sin embargo, muchos hospitales ya han agregado por su cuenta más medidas al bundle. Es importante asegurarse de que cualquier medida que se agregue al bundle esté respaldado por pruebas sólidas de nivel uno y que el bundle no se haga "demasiado grande" o se vuelve más difícil de medir y administrar. Los bundles de atención funcionan mejor cuando el número de elementos es pequeño.

Clínica ha implementado los siguientes bundles:

* **NEO.F.07 Bundle Para Prevención de Neumonía Asociada al Ventilador. Unidad Intensiva Neonatal - Pediátrica".**
* **UCI.F.05 Bundle Para Prevención De Neumonía Asociada Al Ventilador. Unidad de Cuidados Intensivos.**
  + 1. **PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE TORRENTE SANGUÍNEO (ITS) ASOCIADO A CATÉTER INTRAVASCULAR (CLABSI)**
  1. **Guía Para Prevenir y vigilar CLABSI**

Prácticas básicas para prevenir y vigilar CLABSI:

* + 1. **Antes de la inserción.**
* Facilitar el acceso a una lista de las indicaciones para catéter venoso central (CVC) basada en la evidencia utilizada para minimizar la colocación de CVC innecesarios (calidad de evidencia: III).
* Exigir la educación del personal de salud involucrado en la inserción, cuidado y mantenimiento de los CVC sobre la prevención de ITS asociadas a catéter (calidad de evidencia: II).
* En UCI bañar a los pacientes de más de 2 meses de edad con una preparación de clorhexidina diariamente (calidad de evidencia: I).
  + 1. **Durante la inserción.**
* Tener un proceso en el lugar para garantizar el cumplimiento de las prácticas de prevención de infecciones en el momento de la inserción del CVC en la UCI y entornos no UCI, tales como una lista de verificación (calidad de evidencia: II).
* Realice la higiene de manos antes de la inserción o manipulación del catéter (calidad de evidencia: II).
* Evite el uso de la vena femoral para el acceso venoso central en pacientes adultos obesos cuando el catéter esté en las condiciones previstas y controladas (calidad de evidencia: I).
* Utilice un coche o kit de CVC todo incluido (calidad de evidencia: II).
* Utilice la guía de ultrasonido para la inserción de catéter yugular interna (calidad de evidencia: II).
* Use las máximas precauciones de barrera estériles durante la inserción del CVC (calidad de evidencia: II).
* Use un antiséptico de clorhexidina alcohólica para preparar la piel (calidad de evidencia: I).
  + 1. **Después de la inserción.**
* Asegurar una razón de enfermera – paciente adecuada y limitar el uso de enfermeras flotantes en la UCI (calidad de evidencia: I).
* Desinfectar hubs de catéteres, conectores sin aguja y los puertos de inyección antes de acceder al catéter (calidad de evidencia: II).
* Retire los catéteres no esenciales (calidad de evidencia: II).
* Para CVC no tunelizado en adultos y niños, cambiar apósitos transparentes y realizar el cuidado del sitio con un antiséptico basado en clorhexidina cada 5 – 7 días o inmediatamente si el vendaje se ensucia, se suelta o humedece; cambiar los apósitos de gasa cada 2 días o antes si el vendaje se ensucia, se suelta o humedece (calidad de evidencia: II).
* Reemplazar sets de administración no usados para sangre, productos sanguíneos o lípidos en intervalos de no más de 96 horas (calidad de evidencia: II).
* Use ungüentos antibióticos para los sitios de inserción de catéter de hemodiálisis (calidad de evidencia: I).
* Vigilar las ITS asociadas a catéter en la UCI y fuera de la UCI (calidad de evidencia: I).
  1. **Bundle para Prevenir Infección de Torrente Sanguíneo (ITS) asociado a Catéter Intravascular (CLABSI) (**[**IHI 2012**](#_ENREF_11)**)**

El bundle es un grupo de intervenciones basadas en la evidencia para pacientes con catéteres intravasculares centrales que, cuando se implementan en conjunto, producen mejores resultados que cuando se implementan individualmente. La ciencia que respalda cada componente del bundle está suficientemente establecida para ser considerada la norma de atención.

El bundle tiene cinco componentes clave:

1. Higiene de manos;
2. Precauciones máximas de barrera;
3. Clorhexidina para la antisepsia cutánea;
4. Selección óptima del sitio del catéter, evitando el uso de la vena femoral para el acceso venoso central en pacientes adultos; y
5. Revisión diaria de la necesidad de la línea, con eliminación inmediata de líneas innecesarias.

Esta no pretende ser una lista completa de todos los elementos de atención relacionados con las líneas centrales; más bien, el enfoque conjunto para un pequeño grupo de intervenciones promueve el trabajo en equipo y la colaboración. Otros elementos de cuidado, como el cuidado diario del sitio y la selección del material de apósito, pueden recomendarse en las pautas de los CDC y otros. Estos no se excluyen para ningún otro propósito que no sea un bundle enfocado.

El cumplimiento del Bundle se puede medir mediante una evaluación simple de la finalización de cada elemento. El enfoque ha sido más exitoso cuando todos los elementos se ejecutan juntos, una estrategia de "todo o nada".

En clínica se han implementado las siguientes listas:

* **ASH.F.25 Lista de verificación para el procedimiento de inserción de vía central.**
* **ASH.F.23 Bundle para prevención de ITS asociado a catéteres intravasculares centrales (CVC y umbilicales).**
  + 1. **PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A CATETER:**
    2. **Guía Para Prevenir La** **Infección Urinaria Asociada A Catéter**

Prácticas básicas para la prevención de infección urinaria asociada a catéter urinario:

1. **Proporcionar una infraestructura adecuada para la prevención de la infección urinaria.**

* Proveer e implementar guías escritas para el uso (indicaciones), inserción y mantenimiento del catéter urinario (calidad de evidencia: III).
* Asegurar que sólo personal dedicado y capacitado inserte los catéteres urinarios (calidad de evidencia: III).
* Asegurar que los suministros necesarios para una técnica aséptica en la inserción del catéter están disponibles y bien ubicados (calidad de evidencia: III).
* Implementar un sistema para documentar en la historia del paciente lo siguiente: orden médica para la colocación del catéter, las indicaciones para la inserción del catéter, la fecha y hora de inserción del catéter, el nombre de la persona que inserta el catéter, la documentación de enfermería de la colocación, la presencia diaria del catéter y las tareas de cuidado y mantenimiento, y la fecha y hora de la extracción del catéter. Registro de los criterios para el retiro y justificación para continuar su uso (calidad de evidencia: III).
* Asegurar que hay suficiente personal capacitado y recursos tecnológicos para apoyar la vigilancia de la utilización del catéter y sus resultados (calidad de evidencia: III).

1. **Realizar la vigilancia de la infección urinaria asociada a catéter urinario.**

* Identificar los grupos de pacientes o unidades en los que se debe realizar la vigilancia sobre la base de la evaluación de riesgos, teniendo en cuenta la frecuencia de uso del catéter y el riesgo potencial (por ejemplo, cirugía, obstetricia, cuidados intensivos, calidad de la evidencia: III).
* Utilice criterios estandarizados, como las definiciones del NHSN, para identificar a los pacientes que tienen una infección urinaria asociada a catéter urinario (datos del numerador; calidad de evidencia: III).
* Recopilar información sobre días de exposición al catéter y pacientes-día (datos del denominador) y las indicaciones para la inserción del catéter para todos los pacientes en los grupos de pacientes o unidades que se están monitoreando (calidad de evidencia: III).
* Calcular la densidad de incidencia de infección urinaria asociada a catéter urinario para las poblaciones objetivo (calidad de evidencia: III).
* Utilizar métodos de vigilancia para la detección de casos que se ha documentado que es válido y normado para la institución (calidad de evidencia: III).
* Proporcionar la retroalimentación específica para cada servicio (calidad de evidencia: III).

1. **Proporcionar capacitación y entrenamiento**

* Capacitar al personal de salud (PS) involucrado en la inserción, cuidado y mantenimiento de los catéteres urinarios, sobre la prevención de infección urinaria asociada a catéter urinario, incluyendo alternativas a los catéteres permanentes, y los procedimientos para la inserción, manejo y retiro del catéter (calidad de evidencia: III).
* Evaluar la competencia del profesional de la salud en el uso, cuidado y mantenimiento del catéter (calidad de evidencia: III).

1. **Utilice una técnica adecuada para la inserción del catéter.**

* Insertar catéteres urinarios sólo cuando sea necesario para la atención del paciente y mantenerlo en su lugar sólo mientras permanezcan las indicaciones (calidad de evidencia: II).
* Considerar otros métodos de control de la vejiga, como el cateterismo intermitente, cuando corresponda (calidad de evidencia: II).
* Practicar la higiene de manos (basado en las guías de CDC o de la OMS) inmediatamente antes de la inserción del catéter y antes y después de cualquier manipulación del sitio o aparato del catéter (calidad de evidencia: III).
* Insertar los catéteres siguiendo técnicas asépticas y utilizando equipo estéril (calidad de evidencia: III).
* Utilice guantes, gasas y esponjas estériles; soluciones o antisépticos estériles para la limpieza del meato uretral; y un paquete de jalea lubricante estéril de un solo uso para la inserción (calidad de evidencia: III).
* Utilice el catéter de menor calibre como sea posible consistente con un drenaje adecuado, para minimizar el trauma uretral (calidad de evidencia: III).

1. **Asegurar el manejo apropiado de los catéteres permanentes.**

* Asegurar correctamente los catéteres permanentes después de la inserción para prevenir el movimiento y la tracción uretral (calidad de evidencia: III).
* Mantener un sistema de drenaje estéril, continuamente cerrado (calidad de evidencia: III).
* Reemplace el catéter y el sistema colector utilizando una técnica aséptica cuando se produzcan interrupciones en la técnica aséptica, desconexión o pérdida de orina (calidad de evidencia: III).
* Para el examen de orina fresca, recolectar una pequeña muestra por aspiración de la orina desde el puerto de muestreo sin agujas con un adaptador de jeringa/cánula estéril después de limpiar el puerto con un desinfectante (calidad de evidencia: III).
* Obtener asépticamente un mayor volumen de orina para análisis especiales de la bolsa de drenaje (calidad de evidencia: III).
* Mantener el flujo de orina sin obstrucciones (calidad de evidencia: III).
  + - * Mantenga la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga en todo momento; no coloque la bolsa en el suelo (calidad de la evidencia: III).
      * Mantenga tubo del catéter y la recolección libre de retorcimientos (calidad de la evidencia: III).
      * Vaciar la bolsa colectora regularmente utilizando un recipiente colector separado para cada paciente. Evite tocar el grifo de drenaje al recipiente colector (calidad de la evidencia: III).
* Emplear la higiene de rutina; es innecesaria la limpieza del área del meato con soluciones antisépticas (calidad de evidencia: III).
  + 1. **Bundle Para Prevenir La Infección Urinaria Asociada A Catéter**

España implementó el Proyecto: “Prevención de la infección urinaria relacionada con la sonda uretral en pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos. ITU-ZERO”. 2018-2020 ([España, Semicyuc et al. 2018](#_ENREF_6)), proponiendo las siguientes recomendaciones agrupadas en 5 paquetes de medidas:

1. Uso apropiado de la sonda uretral.
2. Inserción adecuada de la sonda uretral.
3. Mantenimiento adecuado de la sonda uretral.
4. Garantizar la calidad de los cuidados.
5. Que no hacer.

La Clínica ha implementado las siguientes listas de verificación, con la finalidad de valorar el cumplimiento del Bundle:

* **ASH.F.10 Lista de verificación para la inserción de un catéter urinario permanente.**
* **ASH.F.24 Lista de verificación para el mantenimiento de un catéter urinario permanente (CUP) o sonda Foley.**
  + 1. **PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)**
       - 1. **Guía para prevenir la infección de sitio quirúrgico**

Prácticas básicas para la prevención de ISQ:

* Administrar profilaxis antimicrobiana de acuerdo con las normas y guías basadas en evidencias (calidad de evidencia: I).
* No remover el pelo/vello en el lugar de la operación a menos que su presencia interfiera con la operación. Utilice para ello clipper o recortadora quirúrgica de vello, **No utilice hojas de afeitar** (No razurado) (calidad de evidencia: II).
* Control de la glucosa en la sangre durante el postoperatorio inmediato de pacientes de cirugía cardíaca (calidad de evidencia: I) y los pacientes de cirugía no cardiaca (calidad de evidencia: II).
* Mantener la normotermia (temperatura de 35,5 °C o más) durante el período perioperatorio (calidad de evidencia: I).
* Optimizar la oxigenación tisular mediante la administración de oxígeno suplementario durante e inmediatamente después de procedimientos quirúrgicos que implican ventilación mecánica (calidad de evidencia: I).
* Use antisépticos de preparación preoperatoria de la piel que contienen alcohol si no existe contraindicación (calidad de evidencia: I).
* Use protectores de herida de plásticos impermeables para cirugía del tracto gastrointestinal y biliar (calidad de evidencia: I).
* Utilice una lista de verificación recomendada por la OMS para asegurar el cumplimiento de las mejores prácticas y mejorar la seguridad del paciente quirúrgico (calidad de evidencia: I).
* Realizar la vigilancia de la ISQ (calidad de evidencia: II).
* Aumentar la eficacia de la vigilancia a través de la utilización de datos automatizados (calidad de evidencia: II).
* Proporcionar retroalimentación continua de las tasas de ISQ al personal y al liderazgo quirúrgico y peri-operatorio (calidad de evidencia: II).
* Medir y proporcionar retroalimentación a los proveedores respecto a las tasas de cumplimiento de las medidas de proceso (calidad de evidencia: III).
* Educar a los cirujanos y personal peri-operatorio sobre la prevención de las ISQ (calidad de evidencia: III).
* Educar a los pacientes y sus familias sobre la prevención de las ISQ según corresponda (calidad de evidencia: III).
* Implementar políticas y prácticas destinadas a reducir el riesgo de ISQ que se alinean con las normas basadas en la evidencia (por ejemplo, los CDC, la AORN y guías de organizaciones profesionales, calidad de la evidencia: II).
  + 1. **PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE (CDI)**
    2. **Guía Para Prevenir La** **Infección Por Clostridium Difficile (CDI)**

Prácticas básicas para la prevención y la vigilancia de CDI:

* Fomentar el uso adecuado de los antimicrobianos (calidad de evidencia: II).
* Cumplimiento de las precauciones de contacto para los pacientes infectados, preferible habitación individual para el paciente (calidad de evidencia: III para La higiene de manos, II para los guantes, III para las batas, III para la habitación individual del paciente).
* Asegurar la limpieza y desinfección de los equipos y ambiente (calidad de evidencia: III para el equipo, III para el medio ambiente).
* Implementar un sistema de alerta basada en el laboratorio para una notificación inmediata al personal clínico y de prevención y control de infecciones sobre pacientes recién diagnosticados con CDI (calidad de evidencia: III).
* Vigilar CDI, analizar y reportar los datos de las CDI (calidad de evidencia: III).
* Educar al PS, personal de limpieza y a la administración del hospital sobre las CDI (calidad de evidencia: III).
* Educar a los pacientes y sus familias acerca de las CDI, según corresponda (calidad de evidencia: III).
* Medir el cumplimiento de la higiene de manos y precauciones de contacto recomendadas por los CDC o la OMS (calidad de evidencia: III).

Situaciones especiales para prevenir la CDI.

1. **Enfoques para reducir al mínimo la transmisión de C. difficile por PS:**

* Intensificar la evaluación del cumplimiento de las medidas de proceso (calidad de evidencia: III).
* Durante los brotes o en entornos hiperendémicos de CDI, ejecutar el lavado de las manos con agua y jabón como el método preferido antes de salir de la habitación de un paciente con CDI (calidad de evidencia: III).
* Colocar a los pacientes con diarrea bajo precauciones de contacto mientras está pendiente las pruebas de C. difficile (calidad de evidencia: III).
* Prolongar la duración de las precauciones de contacto después de que el paciente llegue a ser asintomático hasta el alta hospitalaria (calidad de evidencia: III).

1. **Enfoques para minimizar la transmisión del ambiente de C. difficile.**

* Evaluar la eficacia de la limpieza de la habitación (calidad de evidencia: III).
* Utilice un desinfectante esporicida aprobado por EPA (peróxido de hidrógeno nebulizado) o hipoclorito de sodio diluido para la limpieza y desinfección ambiental. Implementar un sistema para coordinar con los servicios de limpieza si se determina que se necesita hipoclorito de sodio para la desinfección ambiental (calidad de evidencia: III).

1. **Enfoques para reducir el riesgo de CDI si C. difficile es adquirido**

* Iniciar/Mantener un programa de optimización del uso de antimicrobianos (calidad de evidencia: II).
  + 1. **PREVENCIÓN DE INFECCIONES STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM)**
    2. **Guía Para Prevenir Staphylococcus Aureus Resistente A Meticilina (SARM)**

Prácticas básicas para prevenir la trasmisión e infección por SARM:

* Realizar una evaluación de riesgos de SARM (calidad de evidencia: III).
* Implementar un programa de vigilancia de SARM (calidad de evidencia: III).
* Promover el cumplimiento de las recomendaciones de higiene manos de CDC o de la OMS (calidad de evidencia: II).
* Uso de precauciones de contacto para los pacientes colonizados o infectados por SARM (calidad de evidencia: II).
* Asegurar la limpieza y desinfección de los equipos y el medio ambiente (calidad de evidencia: II).
* Educar al personal de salud sobre SARM (calidad de evidencia: III).
* Implementar un sistema de alerta basado en el laboratorio que notifique oportunamente al personal de salud sobre nuevos pacientes colonizados o infectados por SARM (calidad de evidencia: III).
* Implementar un sistema de alerta que identifique las readmisiones o transferencias de pacientes colonizados o infectados por SARM (calidad de evidencia: III).
* Proporcionar datos y medidas de resultado de SARM a las principales partes interesadas, incluidos la alta dirección, médicos, personal de enfermería y otros (calidad de evidencia: III).
* Educar a los pacientes y sus familiares acerca de SARM (calidad de evidencia: III).
* El uso de batas y guantes para el contacto con los pacientes y el medio ambiente de atención al paciente.
* Use batas y guantes cuando se presta atención a o al entrar en la habitación de pacientes ingresados en la UCI de adultos (calidad de evidencia: II).
  1. **IMPLEMENTACIÓN**
* Entrenamiento adecuado de todo el personal médico y asistencial, incluidos los trabajadores de los servicios de apoyo y los que tienen contratos temporales u honoríficos, será proporcionado anualmente y sus componentes definidos serán obligatorios de conformidad con la política en materia de capacitación obligatoria. La capacitación obligatoria se entregará a través de una variedad de enfoques, incluyendo cara a cara, aprendizaje electrónico y material escritos o impresos.
  1. **EVALUACIÓN**
* La enfermera de prevención y control de infecciones (PCI) y las coordinadoras de enfermería de los servicios supervisarán el cumplimiento de estas estrategias.
* Los resultados de la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias (indicadores) serán compartidos en las reuniones mensuales del Comité de PCI para evaluar la efectividad de acciones tomadas o de ser necesario realizar los cambios apropiados al Programa de ***SPA.F.03*** ***“Programa De Prevencion y Control De IAAS” , en el caso de realizarse cambios, estos deben ser*** difundidos por la Dirección Médica a todos los servicios.
* Un programa de auditoría acordada por la Dirección Médica se llevará a cabo para establecer la eficacia, la aplicación y el grado de cumplimiento de esta política y sus procedimientos asociados para proporcionar una garantía independiente de que un sistema adecuado y eficaz de PCI está instaurado.

# DOCUMENTOS RELACIONADOS:

El “listado de buenas prácticas para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias” debe ser usado en conjunto con las siguientes políticas y procedimientos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentos Relacionados** | |
| **Ambiental** | **Código** |
| PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS | LIM.P.01 |
| DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL CON ORTOFTALALDEHÍDO | CES.P.03 |
| PROCEDIMIENTO DE CENTRAL DE ESTERILIZACION | CES.P.01 |
| **Clínico** |  |
| INSTRUCTIVO HIGIENE DE MANOS CLINICO | GSA.I.01 |
| De vigilancia de infecciones intrahospitalarias (Minsa). |  |
| PROCEDIMIENTO DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO | ASH.P.02 |
| De prevención de infecciones intrahospitalarias específicas:   * De control de *Clostridium Difficile*. |  |
| De alerta de microorganismos resistentes a múltiples drogas:   * Bacterias productoras de carbapenemasas. |  |
| PROCEDIMIENTO DE GESTION DEL MORTUORIO | SPA.P.02 |
| **Ocupacionales y Administrativos** |  |
| PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE PUNZOCORTANTES | SPA.P.03 |
| PROCEDIMIENTO DE USO DE UNIFORMES Y LAVADO DE ROPA HOSPITALARIO. | GSA.P.21 |
| De notificación obligatoria de enfermedades (Minsa). |  |

# REGISTROS

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Del registro** | **Código** |
| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSERCIÓN DE UN CATÉTER URINARIO PERMANENTE | ASH.F.10 |
| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE UN CATÉTER URINARIO PERMANENTE (CUP) O SONDA FOLEY | ASH.F.24 |
| LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN DE VÍA CENTRAL REVISION | ASH.F.25 |
| BUNDLE PARA PREVENCIÓN DE ITS ASOCIADO A CATÉTERES INTRAVASCULARES CENTRALES (CVC Y UMBILICALES) | ASH.F.23 |
| BUNDLE PARA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR. UNIDAD INTENSIVA NEONATAL - PEDIÁTRICA. | NEO.F.07 |
| BUNDLE PARA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. | UCI.F.05 |

# CONTROL DE CAMBIOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vers.** | **Fecha de Vigencia** | **Breve descripción del cambio** | **Sección(es) afectada(s)** |
| V.01 | 11/09/2020 | Creación del documento | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Sólo se registrarán las 3 últimas versiones del documento.

# ANEXOS

**ANEXO 1:** **Listado de prácticas de atención que constituyen un riesgo de infección asociadas a la atención de salud**

1. Colocación de dispositivos invasivos por periodos prolongados sin justificación:
   * Catéter venoso central.
   * Catéter venoso periférico.
   * Catéter urinario permanente.
   * Sonda nasogástrica.
   * Tubo endotraqueal para ventilación mecánica.
   * Catéter central de inserción periférica.
2. Técnica incorrecta del lavado de manos clínico y quirúrgico.
3. Baja adherencia del personal asistencial a la higiene de manos.
4. Curación de heridas sin medidas de asepsia.
5. Técnica no aséptica de colocación de inyectables.
6. Manejo inadecuado de residuos sólidos peligrosos: bio-contaminados, punzocortantes y residuos especiales.
7. No uso de equipo de protección personal (EPP) como bata, mascarillas, guantes, lentes protectores, cuando están indicados.
8. No cumplimiento de las medidas de precauciones estándar.
9. No cumplimiento de las medidas de aislamiento a pacientes con infecciones por microorganismos que se trasmiten por vía respiratoria (gotas y aerosoles).
10. No cumplimiento de las medidas de aislamiento a pacientes con infecciones por microorganismos de trasmisión por contacto.
11. No aplicación a las medidas de aislamiento invertido o protector para la prevención de infecciones a pacientes inmunocomprometidos.
12. Incremento del número de tactos vaginales durante el trabajo de parto.
13. Hora del baño del paciente previo a una cirugía.
14. Hora y corte del vello de la zona operatoria, previo a una cirugía.
15. Mal lavado de la zona operatoria.
16. Pacientes con patologías infecciosas previas y/o complicadas (peritonitis, pancreatitis, perforación intestinal).
17. Deficiente limpieza y desinfección de equipos usados en procedimientos invasivos (uretroscopía, laparoscopía, colonoscopía, broncoscopía, laringoscopía, cateterismo cardiaco, etc.).
18. Deficiente lavado, desinfección y esterilización de instrumental médico quirúrgico.
19. Deficiencia en la técnica de esterilización del instrumental médico quirúrgico.
20. Deficiencia de los equipos de esterilización.

**Anexo 02:**

**Resumen de las medidas para mejorar el control de la infección (**[Damani 2007](#_ENREF_5)**)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medidas de ahorro de costos:** prácticas de despilfarro que deben eliminarse | **Medidas sin costo:** Uso de buenas prácticas de control de infecciones | **Medidas de bajo costo:** prácticas costo-efectivas |
| 1. Hisopado de rutina del medio ambiente para monitorear el nivel de limpieza. | 1. Técnica aséptica para todos los procedimientos estériles. | 1. Educación y capacitación práctica en estándares de control de infecciones, p.e., higiene de manos, técnica aséptica, uso apropiado de EPP, uso y eliminación de objetos punzocortantes. |
| 1. Fumigación de rutina de salas de aislamiento con formaldehído. | 1. Retire sondas permanentes, cuando ya no sean necesarios. | 1. Provisión de material de higiene de manos, p.e. jabón y preparados a base de alcohol para las manos. |
| 1. El uso rutinario de desinfectantes para la limpieza del medio ambiente, p. pisos y paredes. | 1. Aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles u organismo multi- resistente en la admisión. | 1. Agujas y jeringas estériles descartables. |
| 1. Uso inapropiado de Equipo de Protección Personal (EPP) en UCI, UCIN y quirófano. | 1. Evitar el examen vaginal innecesario de las mujeres en el parto. | 1. Artículos estériles para procedimientos invasivos. |
| 1. El uso de botas, tapetes pegajosos que atraen polvo en el quirófano, UCI y UCIN. | 1. Minimizar el número de personas en quirófanos. | 1. Evitar los frascos y recipientes multidosis entre pacientes. |
| 1. Inyecciones IM / IV innecesarias. | 1. Colocar a los pacientes ventilados mecánicamente en una posición semi-decúbito. | 1. Adecuada descontaminación del equipo entre los pacientes. |
| 1. Inserción innecesaria de dispositivos permanentes, p.e. Líneas intravenosas, catéteres urinarios, sondas nasogástricas, etc. |  | 1. Inmunización contra la hepatitis B para trabajadores de la salud. |
| 1. Uso inapropiado de antibióticos para la profilaxis y tratamiento. |  | 1. Manejo y gestión de la post-exposición para los trabajadores de salud. |
| 1. Inadecuada segregación y eliminación de residuos sólidos hospitalarios. |  | 1. Eliminación de objetos punzocortantes en recipientes rígidos. |