



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud

**MINISTERIO DE SALUD
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

**PROGRAMA DE VIGILANCIA, CONTROL Y PREVENCIÓN DE
INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD**

Versión 1.0 – 2014

ÍNDICE

	Pág.
Índice	2
Glosario	4
1.- Introducción	5
2.- Situación epidemiológica de la nación	7
3.- Propósitos, objetivos y estrategias	9
Propósito	9
Objetivos generales	9
Objetivos específicos	9
Estrategias	10
4.- Organización y funciones específicas de cada nivel del Sistema Provincial de Salud	11
Nivel Nacional	11
Nivel Provincial	11
Nivel Hospitalario	13
Coordinación General	14
Nivel Municipal	15
5.- Indicadores Del Programa	16
Indicadores operacionales	16
Indicadores epidemiológicos	16
Indicadores específicos	16
6.- Aspectos fundamentales del Programa	18
Comité de Vigilancia, Control y Prevención de Infecciones	18
Funcionamiento del Comité de IACS	20
Equipo de vigilancia, control y prevención de IACS	22
ECIi – Principales tareas	23
Infectólogo/a – Principales tareas	24
Microbiólogo/a – Principales tareas	25
Otros miembros	26
Recomendaciones para el diagnóstico de la situación de IACS en el hospital	26
Recomendaciones para la confección del Programa hospitalario	27
Recomendaciones para la Vigilancia Epidemiológica de las IACS	29
Recomendaciones para el Control de Brotes	33
Recomendaciones para la confección de Normas Generales para la Vigilancia, Control y Prevención de IACS en el Hospital	35
Recomendaciones para el Aislamiento Hospitalario	37
Indicaciones para la Desinfección y Esterilización Hospitalaria	39
Recomendaciones para el Laboratorio de Microbiología	41
Recomendaciones para una Política de Uso Racional de Antimicrobianos	44
Recomendaciones para la Capacitación y Adiestramiento del Personal de Salud	47
Recomendaciones para el Control de la Salud Ocupacional	49
Recomendaciones sobre el Saneamiento Ambiental Básico	51
	2

7.- Evaluación

53

8.- Anexos - Archivos en formato PDF adjuntos por fuera del presente texto

PDF ADJUNTOS

Principales características en la definición de IACS

1

Principales definiciones del Programa VIHDA

2

Guías para la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales - **Ministerio de Salud de la Nación - Instituto Nacional de Epidemiología -**

3

Introducción

Capítulo 1 - Medidas para la prevención de las infecciones relacionadas a catéteres vasculares

Capítulo 2 - Medidas para la prevención de la neumonía hospitalaria

Capítulo 3 - Medidas para la prevención de la infección del tracto urinario en el paciente con catéter vesical

Capítulo 4 - Guías de higiene hospitalaria

Capítulo 5 - Guías para el lavado de manos en áreas de cuidados de la salud

Capítulo 6 - Recomendaciones para el manejo de residuos hospitalarios

Capítulo 7 - Guías para las precauciones de aislamiento

Capítulo 8 - Prevención de tuberculosis nosocomial

Capítulo 9 - Recomendaciones para la prevención de infecciones en la trabajadora de salud embarazada

Capítulo 10 - Guía para la prevención de las infecciones relacionadas al sitio quirúrgico y profilaxis antibiótica prequirúrgica

Capítulo 11 - Normas para la prevención y el control de infecciones en los servicios de alimentación de los establecimientos asistenciales

Capítulo 12 - Esterilización y desinfección

Capítulo 13 - Normas para el manejo del lactario

Prevención de infección del sitio quirúrgico y Seguridad de Paciente en el pre, intra y post quirúrgico. (Consenso SADI INE 2009)...

4

Receta de antibióticos de uso restringido

5

Normas de inmunización para el personal sanitario

6

Consenso INE SADI ADECI 2014

7

Modelo de armado de un C.IACS

8

Modelo de Plan Anual de un C.IACS

9

GLOSARIO

ASA	Infecciones del sitio por clasificación operatoria
ADECI	Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones
IACS	Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud
INE	Instituto nacional de Epidemiología
VIHDA	Vigilancia de Infección Hospitalaria de Argentina
ARM	Asistencia Respiratoria Mecánica
IPS	Infección Primaria de la Sangre
ECI	Enfermero/a en Control de Infecciones
Cs.IACS	Comités de IACS
C.IACS	Comité de IACS
UCI	Unidad de Cuidados Intermedios
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
Antimicrobiano (S)	Antimicrobiano de uso Semirestringido
Antimicrobiano (R)	Antimicrobiano de uso Restringido
DDD	Dosis Diarias Definidas
ISQ	Infecciones del Sitio Quirúrgico
ANLIS	Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
WHONET	Red de la OMS para el Monitoreo de la Resistencia Bacteriana
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
ITU	Infección del Tracto Urinario
CLSI	<i>Clinical and Laboratory Standards</i>
EUCAST	<i>European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing</i>
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

1. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) constituyen un problema sanitario relevante por su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. Actualmente son un indicador de calidad de la atención médica y miden la eficiencia de un hospital junto a otros indicadores de morbimortalidad y aprovechamiento de recursos.

En EEUU se producen aproximadamente dos millones cuatrocientas mil IACS al año, causando unas treinta mil muertes directas y otras setenta mil indirectas, generando un costo promedio de dos mil trescientos dólares por incidente y gasto de cuatro y medio billones de dólares en el cuidado especial y tratamiento.

Por otro lado, en Inglaterra, las IACS generan un costo anual de aproximadamente un billón de libras, el equivalente al consumo de unos veintisiete hospitales de tipo medio (cuatrocientas camas); causan cerca de cinco mil muertes, un costo de tres mil quinientas libras y catorce días extra de internación por cada infección.

En Argentina, a causa de IACS, la internación se incrementa en seis coma cuatro días, con un costo aproximado de doce mil trescientos pesos por evento y una mortalidad cercana al once coma cinco por ciento (valores 2.012). A nivel nacional esto representa unas veintinueve mil muertes y un costo cercano a los tres mil doscientos millones de pesos por año.

En cuanto a los agentes etiológicos, más del 70% de las bacterias causantes de IACS son resistentes a por lo menos uno de los antimicrobianos comúnmente empleados. Las personas infectadas por estos microorganismos, además de prolongar su

hospitalización, necesitan tratamientos con medicamentos de segunda o tercera elección, que pueden ser más tóxicos y costosos, corriendo el riesgo de generar nuevas resistencias.

Estas afecciones, difícilmente erradicables, se presentan en todas las instituciones de salud del mundo y están asociadas a factores inherentes al hospedador, medio ambiente y al agente infeccioso.

Lo importante es que pueden ser controladas siempre que la intención de disminuir las tasas de IACS, como eventos adversos en salud, formen parte de una política sanitaria sustentable.

El control de IACS es y será siempre un reto, nunca un éxito completo, y frecuentemente una amenaza para propios y externos; pero es una herramienta indispensable para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA NACIÓN

En la República Argentina, desde hace más de cuatro décadas, se reconocen experiencias institucionales en el tema de control de IACS. Sin embargo, a pesar de los numerosos esfuerzos realizados para tratar de disminuirlas, la problemática persiste y exige soluciones innovadoras y costo-efectivas como la normatización de procesos, desarrollo de programas de vigilancia epidemiológica, formación de recursos humanos, estudios de diferentes patologías, etc.

El Ministerio de Salud de la Nación, a través del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” (INE), en el 2004 pone en marcha el Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA), como Programa Oficial del Ministerio de Salud de la Nación al que adhirió la provincia de Córdoba en el 2008, ratificándose por convenio entre Nación y Provincia en el 2011. Este proceso se realiza con el fin de vigilar diariamente las IACS y reportar periódicamente al INE y a la Dirección de Seguridad de Paciente del Ministerio de Salud de Córdoba.

De esta manera se incorpora una herramienta que permite contar con información actualizada diariamente en referencia a la situación de las IACS en un consolidado nacional, jurisdiccional y hospitalario, y posibilita realizar análisis comparativos.

En definitiva, se cuenta con información que viabiliza la realización de una planificación estratégica para la toma de decisiones; en términos epidemiológicos se cuenta con información para la acción.

La vigilancia epidemiológica de IACS en los últimos diez años, refleja una tasa que ha oscilado entre 5-17%, según el perfil hospitalario.

El comportamiento por hospitales registra que los que tienen internación pediátrica presentan las tasas más elevadas (15.6%), seguidos de los pacientes adultos (12,10%) y por último los neonatales (8,4%), según datos del consolidado nacional del INE.

Por localización las infecciones, que con mayor incidencia, se producen en nuestras unidades asistenciales de adultos y pediátricas son las Neumonías asociadas a la Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), mientras que en Neonatología son las Infecciones Primarias de la Sangre (IPS) asociadas a catéter.

En cuanto al aprovechamiento de recursos, las IACS gravitan significativamente sobre los costos hospitalarios; solamente en función de medicamentos y estadía hospitalaria prolongada por esta causa se invierten alrededor de tres mil quinientos dólares (\$3.500) por episodio de IACS, representando más de cinco millones ciento treinta y un mil dólares anuales (\$ 5.131.000).

En la medida que el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, por intermedio de las direcciones hospitalarias consolide el Programa de Vigilancia, Prevención y Control de IACS en cada institución, la incidencia de brotes se reducirá significativamente impactando en la reducción de la tasa de mortalidad por esta causa, la reducción de costos hospitalarios y el incremento de la efectividad clínica.

3. PROPÓSITO, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

PROPÓSITO

- Contribuir a la mejora de la Calidad en la Atención Sanitaria.

OBJETIVOS GENERALES

- Vigilar, controlar y prevenir IACS.
- Disminuir los costos asociados a IACS, por concepto de hospitalización prolongada, uso de antimicrobianos y medicación en general, recursos materiales y humanos, etc.
- Reducir el riesgo del equipo de salud a la exposición laboral con los agentes patógenos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir la incidencia de IACS.
- Prevenir y actuar eficazmente en caso de brotes.
- Reducir la incidencia de IACS asociadas a prácticas invasivas.
- Reducir la Tasa de Mortalidad por IACS.
- Incrementar la eficacia y sensibilidad del sistema de vigilancia VIHDA.
- Incrementar la efectividad de las actividades de prevención y control de IACS en instituciones de salud.

- Mejorar la calidad operativa de los laboratorios de microbiología en función a las IACS.
- Establecer una adecuada estrategia de información, educación, adiestramiento y comunicación efectiva que influya positivamente en los conocimientos, habilidades, actitudes y comportamiento del personal de salud en el control de IACS.

ESTRATEGIAS

Las acciones principales de este programa se desarrollarán en el ámbito de la provincia de Córdoba y tendrá como premisa, optimizar la Seguridad de Paciente en los hospitales y centros asistenciales, logrando la mejora continua en la calidad de la atención.

4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES ESPECÍFICAS DE CADA NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD

NIVEL NACIONAL

La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos G. Malbrán", de acuerdo al Convenio Marco N° 33/11 se compromete a:

- Trabajar, por intermedio del Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Hospitalarias y el Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA), en forma conjunta, coordinada y cooperativa con el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba en la elaboración de estrategias de prevención vigilancia y control de IACS y colaboración en la capacitación y formación de recursos humanos en la prevención y tratamiento de la problemática de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).

NIVEL PROVINCIAL

El Ministerio de Salud impulsará el desarrollo de este Programa en cada uno de los hospitales y centros asistenciales dependientes del Ministerio de Salud de Córdoba.

- Garantizará la planificación estratégica participativa a través de reparticiones específicas, referida a la provisión de suministros médicos, electromedicina, distribución y mantenimiento de recursos según las necesidades de cada hospital para los fines propuestos.

La Dirección de Seguridad de Paciente de la provincia de Córdoba será corresponsable junto a las direcciones hospitalarias en la gestión y promoción del Programa.

- Asesorará, supervisará, controlará y evaluará el trabajo de los Comités de Prevención y Control de IACS (Cs.IACS). Trimestralmente se receptorán los indicadores de impacto del Programa de cada uno de los hospitales de la provincia.
- Organizará las comisiones provinciales multidisciplinarias para la evaluación y control del Programa.
- Promoverá que cada unidad hospitalaria cumplimente el Programa, adaptándolo a las condiciones locales específicas.
- Recomendará que cada Comité de Prevención y Control de IACS (C.IACS) disponga de una unidad de referencia vinculante para el adiestramiento y capacitación del personal de todas las regiones de la provincia.
- Programará reuniones con los integrantes del Programa a nivel provincial acorde a las necesidades de cada región.
- Mantendrá relaciones directas con los grupos provinciales de especialidades médicas, técnicas y otras, en función de asesorar para la confección y control de las normas técnicas de este Programa en los hospitales.
- Participará en el control y desarrollo del trabajo de los laboratorios de microbiología y promoverá la incorporación de los laboratorios a la red WHONET y al control de calidad del instituto Carlos G. Malbrán dependiente de ANLIS y su utilización en la investigación y la docencia relacionada con el Programa.
- Colaborará en el desarrollo de la docencia relacionada con este Programa.
- Organizará cursos de adiestramiento y educación continua para los profesionales vinculados a este Programa.
- Realizará inspecciones y fiscalizaciones a unidades de salud de las jurisdicciones.

NIVEL HOSPITALARIO

El hospital público es el elemento clave en la realización de este Programa, le corresponde a su director garantizar el cumplimiento de las siguientes actividades:

- Adecuar el Programa Provincial a las necesidades de cada contexto hospitalario específico.
- Garantizar el funcionamiento continuo y sistemático de la herramienta de vigilancia VIHDA y la información estadística complementaria que necesita el Programa en este nivel de atención.
- Diagnosticar la situación local de este problema de salud y materializar acciones de prevención y control de IACS identificando los factores de riesgo que sean modificables.
- Establecer el C.IACS, garantizar la función de asesoría del mismo y monitorear los resultados de su trabajo con respecto a:
 - Evaluar los indicadores del Programa VIHDA.
 - Certificar la estandarización de los procesos asistenciales.
 - Asegurar la calidad de la desinfección y esterilización.
 - Implementar la política de uso racional de antimicrobianos.
 - Medir el Impacto de las intervenciones.
 - Capacitar y entrenar al personal de salud.
 - Asegurar el cumplimiento de las guías de higiene hospitalaria.
 - Asesorar acerca de la conducta a seguir frente a la aparición de un brote.
 - Implementar un sistema de gestión de residuos peligrosos, patógenos y control de plagas.
- Asegurar la calidad prestacional del Laboratorio de Microbiología.
- Garantizar la interrelación Nivel Central – Hospital en lo relacionado a la ejecución y cumplimiento del Programa.
- Evaluar el impacto local del Programa.
- Monitorear, tras el egreso hospitalario, a los pacientes que adquirieron IACS.

- Crear un registro local de pacientes con aislamientos de microorganismos multiresistentes.

COORDINACIÓN GENERAL

La Dirección de Seguridad de Paciente en conjunto con los referentes provinciales de IACS/VIHDA estarán a cargo de normatizar, asesorar, controlar y evaluar el Programa Provincial de IACS.

REFERENTES PROVINCIALES DE VIHDA (Res. N°0668/2009)

- El equipo de referentes consistirá en un grupo de agentes locales representantes de una institución de adulto, una pediátrica y una neonatal respectivamente, designados para la coordinación técnica de los C.IACS creados.
- Estará conformado por un Infectólogo/a, un Enfermero/a en Control de Infecciones (ECI) y un Microbiólogo/a, cada uno representando una institución con el perfil definido anteriormente.
- Deberán ser agentes de planta y miembros plenos de un C.IACS.

FUNCIONES

- Prestará asistencia técnica a los diferentes Cs.IACS hospitalarios de la provincia a fin de mejorar la calidad prestacional.
- Elaborará un registro de informe trimestral de IACS de cada institución de salud.
- Asesorará a las autoridades competentes cuando así se requiera.
- Monitoreará y asesorará a diferentes instituciones del territorio provincial que pudieren estar atravesado un brote hospitalario, a solicitud de autoridad competente, a fin de evaluar riesgos y sugerir

medidas de vigilancia, prevención y control de IACS para evitar futuros incidentes.

NIVEL MUNICIPAL

El Ministerio de Salud y la Dirección de Seguridad de Paciente coordinarán con las autoridades sanitarias municipales, en los niveles que corresponda, la implementación y seguimiento del Programa.

5. INDICADORES DEL PROGRAMA

En el Programa se definen un grupo de indicadores operacionales y epidemiológicos que deben servir como referencia para medir los resultados alcanzados. Además de estos indicadores generales, deben utilizarse indicadores más específicos, que surjan de la experiencia local en cada uno de los servicios.

Los indicadores básicos generales del Programa en cada uno de los niveles del sistema de salud serán los siguientes:

INDICADORES OPERACIONALES

- % de hosp. c/ Comité.
- % de hosp. c/ Sistema de Vigilancia.
- % de hosp. que realizan anualmente el diagnóstico de situación de IACS.
- % de hosp. c/ médico a cargo de epidemiología.
- % de hosp. c/ programas de control de IACS.
- % de hosp. que garantizan la microbiología de IACS.
- % de hosp. c/ sistema de vigilancia en microbiología.
- Índice de positividad de las muestras tomadas.
- Indicador de uso de la microbiología en pacientes con IACS.
- % de IACS por paciente en riesgo.

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

- Tasa de infección hospitalaria global
- Tasa de infección del sitio quirúrgico
- Distribución porcentual según la localización de la infección
- Tasa de mortalidad hospitalaria asociada a IACS (estratificada por grupo)
- Tasa de letalidad
- Índice de microorganismos aislados por caso de IACS
- Estudio de brotes

INDICADORES ESPECÍFICOS

- Neumonía asociada a ARM
- Infecciones asociadas a cateter vascular central

Infecciones del sitio por clasificación operatoria (ASA)
Infecciones asociadas a catéteres urinarios
Endometritis post-parto
Endometritis post-cesárea

Los Comités podrán utilizar, además de estos indicadores, otros como los provenientes del Programa VIHDA, indicadores construidos por el mismo C.IACS u otros según las necesidades o perfiles hospitalarios.

6. ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL PROGRAMA

COMITÉ DE VIGILANCIA, CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES.

Está ampliamente demostrado que la existencia de una estructura para la vigilancia, control y prevención de IACS (Comité), puede aunar toda la capacidad científica del hospital en función de esta labor y es por tanto, un eslabón clave en el éxito del Programa.

El C.IACS es un órgano asesor de la Dirección hospitalaria con autoridad para sugerir, recomendar y proponer a la Dirección, medidas e intervenciones que considere necesarias para la prevención y el control de IACS y emprender acciones en consecuencia.

Los C.IACS dependerán funcional y administrativamente de la Dirección de cada hospital, trabajando a su vez de manera coordinada y sistemática con la Dirección de Seguridad de Paciente a los fines jurisdiccionales.

Atentos a la Resolución de implementación del presente Programa, los hospitales deberán contar con un C.IACS. Aquellos hospitales que ya han establecido un Comité abocado a esta tarea, independientemente de la denominación técnica que recibiera, deberán adecuar el marco legal de creación del Comité a la nueva Resolución con una Disposición de creación que atienda al contenido de la Resolución de implementación del Programa y al Programa mismo.

El propósito de los Comités es contribuir a la mejora de la calidad de la atención hospitalaria y materializar con la máxima eficiencia los objetivos del Programa.

Para cumplir con los objetivos del Programa el C.IACS deberá cumplir las siguientes funciones:

- Garantizar con el máximo de claridad y eficiencia el sistema de vigilancia epidemiológica de IACS tomando como base las necesidades y peculiaridades locales de cada hospital.
- Elaborar un plan anual de actividades de acuerdo a las normas y recomendaciones nacionales y necesidades locales.
- Adaptar las normas y procedimientos para la prevención de IACS basadas en las indicaciones nacionales ajustadas a las condiciones locales.
- Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros del C.IACS, así como, las de los servicios o departamentos vinculados con la prevención y control de IACS.
- Definir la magnitud de IACS y de mortalidad por esta causa, determinando servicios y localización de infecciones más frecuentes y factores de riesgo asociados.
- Establecer prioridades entre los problemas de infecciones y mortalidad identificados, definir estrategias de prevención y control para aquellos problemas considerados de primer orden dentro del hospital.
- Mantener actualizados los aspectos microbiológicos relacionados a las IACS, en especial los mapas microbianos por servicios, la susceptibilidad a los antimicrobianos en uso. Esta será la base para el desarrollo de una política adecuada de racionalización en el uso de antimicrobianos, antisépticos, y desinfectantes.
- Sistematizar la atención médica integral del equipo de salud del hospital, controlando los riesgos laborales (biológicos) en el medio hospitalario, con el fin

de disminuir la morbilidad por estas causas, exigiendo el cumplimiento de los programas de inmunización establecidos y otros que se determinen.

- Establecer y evaluar el cumplimiento de las acciones de capacitación al personal y a los miembros del C.IACS en relación a la prevención y control de IACS, así como el impacto de estas en los indicadores epidemiológicos.
- Controlar que en el hospital se garantice el saneamiento ambiental básico, mediante el desarrollo de sistemas de gestión de residuos, plagas, etc.

FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE IACS

Para que el C.IACS logre su propósito, debe darse gran importancia a la selección de sus miembros. Los profesionales escogidos deben representar las especialidades vinculadas a la prevención y control de IACS antes descritas.

Es importante el interés y dedicación personal a esta labor, por lo que deben poseer y actualizar los conocimientos de su especialidad, para tomar decisiones y agilizar el proceso de intervención. Este personal debe mantener un estrecho contacto con los servicios que representan estimulando la colaboración y compartiendo las decisiones del Comité. Donde sea posible, estos miembros serán agentes de planta permanentes a fin de garantizar la continuidad en la labor y la sustentabilidad del Programa.

El modelo de Comité se constituirá con un grupo ejecutivo conformado por un infectólogo/a, un microbiólogo/a y un/a ECI, que se reunirán con regularidad para analizar los datos y las actividades realizadas sobre los diversos tópicos que abarca el Comité.

El Comité se puede desempeñar, según necesidades específicas, como comité ampliado multidisciplinario que se suma al grupo ejecutivo con el aporte de profesiones como

farmacia, administración, cirugía y otras que pueden variar según el perfil hospitalario y las problemáticas a resolver.

Las decisiones del C.IACS deben ser representativas de las necesidades generales del hospital que trascienden las de cada servicio en particular.

En cada una de las áreas de trabajo los integrantes del C.IACS deben desarrollar sus tareas a partir de rutinas y procedimientos (qué se hace, quién lo hace, cómo lo hace y qué reglas generales se tienen en cuenta) además de definir indicadores a alcanzar, propósitos y evaluación. Por medio de las supervisiones se debe mantener un estricto control de estas actividades.

El C.IACS tendrá, dentro de sus obligaciones, la de establecer relaciones de coordinación con otros Comités hospitalarios, así como, coordinaciones para estudios específicos realizados con otros centros.

Las reuniones se deben convocar, por lo menos, con una periodicidad mensual, y contarán con un orden del día que debe ser conocido por cada uno de los miembros con antelación. La agenda debe incluir como mínimo los siguientes aspectos:

- a) Informe trimestral sobre la incidencia de infecciones, con precisión de tasas, frecuencias de localizaciones, microorganismos aislados por servicios y otros indicadores que el hospital estime.
- b) Informe de Microbiología sobre aislamientos de microorganismos, análisis de las tendencias de susceptibilidad microbiana y otros que considere oportuno.
- c) Informe sobre la mortalidad y letalidad relacionada con sepsis.

- d) Evaluación de los resultados de las acciones preventivas adoptadas en función de la disminución de la incidencia de IACS, mortalidad y letalidad por estas causas.
- e) Informes diversos (esterilización, antisépticos y antibióticos, estado higiénico sanitario del hospital, etc.) cuya periodicidad lo define el C.IACS según las necesidades locales.

Se solicita a los C.IACS prestar especial atención a los últimos adelantos en materia de prevención y control de infecciones, así como a la actualización de normas y procedimientos ya conocidos.

Los problemas imprevistos pueden alterar la periodicidad mensual fijada para las reuniones.

La incidencia de infecciones en determinados servicios, puede hacer necesaria la presencia de especialistas para el análisis y la búsqueda conjunta de soluciones (Comité ampliado).

Una de las principales funciones del C.IACS ante las IACS, es su proyección de trabajo. Esta proyección puede lograrse mediante el " *Diagnóstico de Situación de IACS* " que servirá como guía de problemas a enfrentar y resolver en un período determinado.

EQUIPO DE VIGILANCIA, CONTROL Y PREVENCIÓN DE IACS

Existen tres integrantes vitales para el funcionamiento adecuado del C.IACS, un/a ECI, un/a Infectólogo y un/al Microbiólogo.

ECI

Sin duda la incorporación de un/a ECI ha sido el logro más importante de los programas de vigilancia, control y prevención de IACS. Sobre este miembro del C.IACS recaen actividades de gran repercusión en el Programa, sus funciones deberán ser de dedicación exclusiva para el C.IACS.

PRINCIPALES TAREAS

- Realizará las actividades de vigilancia epidemiológica:
 - Pesquisa de casos de infección, según las definiciones del Programa.
 - Notificación de casos en los registro oficiales.
 - Participación en la consolidación y análisis de los datos de infecciones, tasas, frecuencia de infecciones por servicios, localizaciones, microorganismos aislados, e informar los resultados.
- Participará en los estudios planificados para la identificación de los factores de riesgo, manejo de brotes epidémicos, prevalencia para la evaluación de la eficiencia del sistema de vigilancia epidemiológica, así como en otras investigaciones.
- Participará en la adecuación del Programa de Vigilancia, Control y Prevención de IACS, así como, de las normas, procedimientos, programas de capacitación y orientación en materia de infecciones y supervisará su cumplimiento.
- Asesorará a los miembros del equipo de salud en materia de IACS.
- Capacitará a los miembros del servicio de enfermería u otros, sobre temas relacionados a IACS.

Cada hospital deberá contar con un/a ECI por cada 200 camas de dotación con título de Lic. en enfermería, formación de post-grado en epidemiología y control de infecciones hospitalarias, experiencia de trabajo en diferentes áreas, conocimientos en estadística,

microbiología, técnicas de supervisión y destreza para realizar adiestramiento formal e incidental.

INFECTÓLOGO/A

Cada hospital debe contar con un especialista en infectología para que trabaje en equipo con el/la ECI y el/la microbiólogo.

El profesional que se ocupe de estas funciones ha de tener interés en las IACS, visión de las infecciones como problema de salud, título o certificado de especialista, así como conocimientos acreditados por post-grado en epidemiología y en prevención y control de IACS.

PRINCIPALES TAREAS

- Planificará, dirigirá, controlará y evaluará el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- Propondrá, planificará y realizará las investigaciones que den respuesta a problemas relacionados con IACS, elaborando medidas, normas y procedimientos en conjunto con otras disciplinas médicas del hospital.
- Revisará semanalmente la información epidemiológica recolectada, realizará análisis trimestrales de la incidencia de IACS, identificando tasas, frecuencias, localizaciones, aislamientos de interés, afectación por servicio, tendencias u otras variaciones del comportamiento de las infecciones.
- Realizará estudios sobre la mortalidad hospitalaria de causa infecciosa, determinando la letalidad por infecciones, así como otros indicadores que se consideren necesarios.
- Evaluará los resultados de las acciones preventivas adoptadas en función de los problemas identificados y su evolución.
- Coordinará y vigila las acciones a desarrollar en lo referido a política de uso racional de antimicrobianos.

MICROBIÓLOGO/A

El/la microbiólogo designado por el hospital para el C.IACS debe trabajar en equipo con el/la infectólogo y ECI, así como con el equipo clínico que realiza actividades relacionadas con la vigilancia, prevención y control de las IACS.

El profesional que se ocupe de estas funciones ha de tener interés en las IACS, visión de las infecciones como problema de salud, título o certificado de especialista, así como conocimientos acreditados por post-grado en epidemiología y en prevención y control de IACS.

PRINCIPALES TAREAS

- Garantizará el diagnóstico e información de los patógenos causantes de IACS, detectará los aumentos inusuales de patógenos en muestras, salas o servicios y analizará las tendencias de la susceptibilidad antimicrobiana.
- Producirá y distribuirá normas para la toma, conservación y el envío de muestras, capacitar al personal en este sentido.
- Deberá garantizar que la determinación de especies se haga según los métodos establecidos, en caso de no contar con estas posibilidades debe coordinar con el laboratorio de referencia.
- Participará en la selección y recomendaciones de uso de antimicrobianos, desinfectantes y antisépticos.
- Participará en la evaluación y normativas de bioseguridad.
- El laboratorio deberá estar suscripto a un Programa de Control de Calidad Interno y Externo.

OTROS MIEMBROS

Los miembros del Comité ampliado tendrán definidas las características de responsabilidad y autoridad con que contarán para el desarrollo de sus tareas en conjunto al C.IACS.

RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE IACS EN EL HOSPITAL

Este diagnóstico debe realizarse anualmente y actualizarse periódicamente; un semestre puede resultar un tiempo prudente para la necesaria adecuación de las medidas tomadas y la evaluación de resultados obtenidos en materia de prevención, control e impacto que se ha logrado sobre los indicadores epidemiológicos.

Los principales aspectos a incluir en este diagnóstico de situación debieran ser:

1. Análisis epidemiológico que incluye tasas de IACS por servicios, localizaciones más frecuentes, incidencia mensual y anual. Estudios de los microorganismos aislados en infecciones y sus características epidemiológicas incluidos los patrones de susceptibilidad antimicrobiana, estudios de prevalencia que permitan evaluar el sistema de vigilancia epidemiológica, análisis de los brotes epidémicos y cualquier otra información epidemiológica que se considere de importancia. En el análisis epidemiológico debe incluirse una sección que describa los principales problemas de IACS existentes en el hospital y la prioridad de solución.
2. El análisis de la serie cronológica de las infecciones facilita evidenciar la evolución que este problema de salud tiene en las instituciones e indica si las medidas adoptadas y las funciones del Comité han tenido impacto o no sobre su incidencia.
3. Resumen de las actividades de supervisión programadas y descripción de los hallazgos más relevantes.

4. Informe de las actividades de capacitación realizadas, materias tratadas, personas a las que fue dirigidas, etc.
5. Actividades de normatización y evaluación de las normas existentes, con recomendaciones en caso que deban ser actualizadas.
6. Resumen de la proyección del trabajo del Comité en materia de prevención y control de IACS para el siguiente año, con sus fundamentos, objetivos específicos, indicadores y metas a alcanzar para la evaluación del éxito.

RECOMENDACIONES PARA LA CONFECCIÓN DEL PROGRAMA HOSPITALARIO

La mayoría de las IACS son endémicas, se producen continuamente en cierto grupo de pacientes por características individuales tales como la edad, alteraciones en sus mecanismos de defensa, por su enfermedad de base, por tratamientos con inmunosupresores o procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, que los hacen más susceptibles de adquirir infecciones dentro del hospital.

A diferencia de los brotes epidémicos, en que las medidas a adoptar deben ser tomadas con rapidez y valentía, en las infecciones endémicas se requiere de una concertación de medidas de diversos grados de complejidad que, en general, precisan de tiempo para adecuar las prácticas de atención a pacientes a las modificaciones permanentes y necesarias.

Para la prevención y control de las IACS endémicas, el Programa de Control es una estrategia útil que permite organizar los recursos con el fin de proporcionar servicios de buena calidad, de mayor eficiencia y una razón costo/beneficio favorable.

Este Programa requiere de un diagnóstico acabado de los factores condicionantes para cada tipo de infección; debe considerarse que los factores de riesgo son diferentes, al igual que su impacto sobre la salud de los pacientes y la economía del hospital.

Además debe reunir algunas condiciones que tienen que cumplirse para hacerlo eficiente. Por principio, los Programas deben ser documentos escritos que incluyan los aspectos siguientes:

- Los programas hospitalarios deben tener en cuenta el conocimiento que el hospital tenga de sus propios problemas (un buen diagnóstico de la magnitud de las IACS puede ser una buena guía).
- Puesto que no es factible ejecutar medidas en todos los problemas de IACS en forma simultánea, debe establecerse un orden de prioridades por cada hospital usando como criterios la morbilidad, mortalidad, frecuencia, tendencia, vulnerabilidad y costo entre otros posibles.
- Una vez seleccionado el problema, deben definirse los factores condicionantes que pueden estar operando o que, por medio de estudios locales, se sabe con certeza que tienen asociación con el problema. Con esa información se debe planificar actividades de prevención y control destinadas a modificar los factores de riesgo real existente en el hospital.
- Las medidas recomendadas deben ser coherentes en relación a los problemas de IACS existentes (pertinencia de las medidas) y a la aplicabilidad de las recomendaciones al contexto local.
- El Programa de Prevención y Control de las infecciones debe definir metas a alcanzar. Los patrones de comparación pueden ser obtenidos del comportamiento histórico del propio hospital, de bibliografías especializadas, de comparación de tasas con hospitales similares, la opinión de expertos u otros.
- Debe ser completo, es decir, que comprender todas las medidas tendientes a modificar de forma permanente la situación que pone en riesgo a los pacientes de adquirir una IACS.
- Los Programas de Prevención y Control deben ser evaluados en todas sus etapas a fin de conocer: si se cumplieron las medidas en cantidad y calidad, si se produjeron cambios en las prácticas de atención a pacientes, si estos cambios se

produjeron en el sentido deseado y si llevaron a modificaciones en los indicadores operacionales y epidemiológicos en favor de una mejor atención para los pacientes.

RECOMENDACIONES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS IACS

La vigilancia de IACS puede ser definida como la observación sistemática, activa y prolongada de la presencia y distribución de la enfermedad dentro de la población hospitalaria, como así también, de los hechos o procesos que aumentan o disminuyen el riesgo que se presente.

La vigilancia es un proceso continuo que implica, definir los hechos a vigilar lo más concisa y precisamente posibles, recopilar los datos pertinentes de forma sistemática, consolidarlos o tabularlos en ordenaciones adecuadas. Analizar, interpretar y divulgar la información e interpretaciones a aquellos que necesitan conocerlos.

Se requiere vigilancia para determinar la información básica acerca de la frecuencia y tipo de infecciones endémicas que ocurren en el hospital, de modo que sea posible reconocer e investigar dicha endemia y las desviaciones que se producen de esa línea básica (es decir problemas híper endémicos o epidémicos).

Esto permitirá la adopción de medidas apropiadas de control, tanto para pacientes como para el personal del equipo de salud.

La vigilancia activa brinda una buena oportunidad al/la ECI para visitar las salas con regularidad. Esto facilita notablemente la educación continua e informal del personal hospitalario, permite una supervisión discreta y permanente del cumplimiento de normas y procedimientos para el control de infecciones y brinda al personal la oportunidad para hacer preguntas.

El orden de prioridades de estas visitas debe resultar evidente cuando el Comité conoce la magnitud de la incidencia de infecciones por salas y servicio y cuáles son sus principales localizaciones. De esta forma se decidirá cuales servicios o salas recibirán la visita diaria y cuándo serán esporádicas.

La vigilancia permite identificar grandes áreas problema que requieren estudios más acabados, proporciona información sobre factores de riesgo, y es clave en la detección precoz de los brotes epidémicos.

El Comité será el encargado de definir las características de la vigilancia para cada servicio, y que elementos serán priorizados de acuerdo a los procedimientos que se realizan y los riesgos de infección que los mismos conllevan a los pacientes.

La vigilancia se hará mediante la búsqueda activa de pacientes con infecciones por parte del/la ECI, sin esperar que sean notificados por el personal médico o enfermeras de atención, otra posibilidad será la vigilancia con base en laboratorio de microbiología, dando señales de alerta, ante cultivos positivos en áreas vigiladas.

La/el ECI realizara la revisión de historias clínicas para identificar casos de IACS, se utilizarán como guía las principales definiciones que aparecen en el Programa (ver Anexos).

Se establecerá la magnitud de las IACS mediante las tasas de morbi/mortalidad por Servicios y procedimientos seleccionados. También mantendrá la frecuencia de identificación de patógenos.

VIGILANCIA DE BROTES

La vigilancia de brotes epidémicos deberá mantenerse sobre la base de la mayor incidencia de IACS en determinadas localizaciones y aquellas, que se sabe, potencialmente pueden producirla. Se calcularán los límites de variaciones habituales con el fin de detectar epidemias u otras modificaciones de la tendencia.

VIGILANCIA EN UNIDADES DE ALTO RIESGO

Se considerarán unidades de alto riesgo, las unidades de cuidados intensivos, salas de neonatología, quemados y servicios que manejan inmunodeprimidos y transplantados; en ellas se vigilarán todas las infecciones y a todos los pacientes. Se calcularán las tasas específicas por factores de riesgo y procedimientos seguidos y se establecerán las tendencias de su comportamiento.

MORTALIDAD

Es importante conocer la mortalidad asociada a IACS, sobre todo en aquellas infecciones que ponen en riesgo la vida del paciente (sepsis, neumonía, infecciones del sistema nervioso central, etc.).

Se registrarán los fallecidos por infección, cuando esta causó directamente la muerte o contribuyó de forma significativa a ella. Se conocerán las tasas de mortalidad y letalidad y las tendencias para cada tipo de infección, fundamentalmente en unidades de neonatología y quemados.

MICROORGANISMOS "PROBLEMA"

Debe brindarse especial atención a los microorganismos infecciosos denominados microorganismos "problema" ya sea por la frecuencia con que se asocian a brotes, porque estén asociados a multiresistencia a drogas antimicrobianas, a susceptibilidad

y/o elevada morbi/mortalidad. Cada hospital deberá definir cuáles son los patógenos que significan problemas especiales para estos efectos.

SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS

Se deben conocerse los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos de los gérmenes de mayor importancia en cada servicio y seguir las tendencias de susceptibilidad/resistencia en microorganismos seleccionados.

PREVALENCIA

Los hospitales deben realizar periódicamente estudios de prevalencia o equivalentes, destinados a conocer la efectividad de la vigilancia epidemiológica, identificar otros factores de riesgo no evaluados.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS IACS

Deben vigilarse los factores de riesgo asociados a las principales IACS, sobre todo aquellos relacionados frecuentemente a morbi-mortalidad elevada (cateterismo arterial o venoso, intubación endotraqueal, cirugías, etc.). De este modo se conocerán las tasas específicas y las tendencias.

VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE LA DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

La calidad microbiológica y química de las soluciones desinfectantes y material estéril deben vigilarse sistemáticamente tanto por el servicio de microbiología como por el departamento de farmacia para la toma de decisión de las acciones que correspondiera.

DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

El informe de la vigilancia epidemiológica será confeccionado por el C.IACS y presentado a la Dirección hospitalaria y a los profesionales de cada servicio al menos

trimestralmente, excepto que la situación y la urgencia en la toma de medidas exijan su difusión inmediata.

RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL DE BROTES DE IACS

Los brotes proporcionan al C.IACS una oportunidad para identificar los factores de riesgo y las vías de transmisión de determinados agentes biológicos en el hospital. Este estudio permite modificar las prácticas en la atención de pacientes o incrementar las acciones de normatización, adiestramiento en servicios y de supervisión.

QUÉ SE CONSIDERA UN BROTE EPIDÉMICO DE IACS

Se considera brote epidémico de IACS a la aparición de dos o más casos siempre que se pueda demostrar en el estudio epidemiológico:

- Transmisión local común.
- Comunidad de fuente infectante.
- La misma cepa de microorganismo en los exámenes microbiológico.
- Que supere los límites de la incidencia habitual.

Para la confirmación de un brote pueden utilizarse indistintamente, según las posibilidades propias de cada institución, los marcadores epidemiológicos a disposición (biotipo, serotipo, antibiotipo, subtipo, plasmidiotipo y fagotipo).

ACTIVIDADES PARA EL CONTROL DEL BROTE

- **VERIFICAR EL DIAGNÓSTICO**

Es importante el análisis de la endemia del servicio o sala y el uso de los marcadores epidemiológicos disponibles.

- **DEFINICIÓN DE CASOS**

Identificación de casos confirmados y sospechosos.

- **BUSQUEDA ACTIVA DE CASOS**

El/la ECI realizará la búsqueda de casos no notificados entre los servicios potencialmente vinculados con las causas que originaron el brote.

- **DETERMINACIÓN DE LA EXISTENCIA DE BROTES**

Se compara la ocurrencia actual con los límites de la variación habitual calculados con la incidencia histórica, según tipo de IACS en el servicio.

- **DESCRIPCIÓN DE EPIDEMIA**

Se observa su distribución según variables de persona, tiempo y espacio.

- **ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA INFORMACIÓN**

Se debe confeccionar un informe preliminar con las medidas iniciales a cumplir para controlar el brote.

- **INICIO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL**

Estas deben ser establecidas en orden y función a que se identifiquen los factores asociados al brote.

- **REALIZAR INVESTIGACIONES ESPECIALES**

Las encuestas utilizadas para la investigación del brote serán diseñadas para cada situación específica, según los factores relacionados con el mismo y las condiciones propias de cada institución.

- **SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se debe mantener una estricta vigilancia del cumplimiento de las medidas dictadas, hasta tanto se eliminen las condiciones que las motivaron.

- **NOTIFICACIÓN DEL BROTE**

En caso de brote/s el C.IACS debe hacer la notificación inmediata a la Dirección hospitalaria y a las instancias superiores.

- **CONFECCIÓN DEL INFORME FINAL**

El informe final será confeccionado por el C.IACS y contendrá el diagnóstico del brote, el número de pacientes afectados, si hubo mortalidad entre ellos, el análisis de sus principales causas, todas las actividades realizadas, las medidas de prevención y control realizadas y las conclusiones del caso.

RECOMENDACIONES PARA LA CONFECCIÓN DE NORMAS GENERALES PARA LA VIGILANCIA, CONTROL Y PREVENCIÓN DE IACS EN EL HOSPITAL

Una vez identificados en el hospital los principales problemas relativos a las IACS y encontrados los factores de riesgo asociados a éstas, debe resultar evidente cuál o cuáles medidas resultan oportunas tomar para su prevención y control.

Se establecerán prioridades según la magnitud del o los problemas detectados y se instituirán las medidas de acción de acuerdo a la gravedad y recursos disponibles. En este sentido una de las principales labores del C.IACS es la de adecuar y definir las normas nacionales y provinciales en materias de prevención y control de las IACS.

El Comité tendrá potestad para desarrollar normas locales orientadas por criterios epidemiológicos fundamentados. Estas normas pueden ser elaboradas por el propio

C.IACS o el mismo puede delegar funciones en otros miembros del equipo de salud que estén capacitados para el caso.

Es aconsejable que la confección de las normas y procedimientos sea realizada por aquellos que deben cumplirlas. Las normas elaboradas no deben estar en contradicción con las del nivel jerárquico superior y debe haber coherencia entre las medidas establecidas y los factores de riesgo de las IACS existentes en el hospital (pertinencia de las medidas).

Al elaborar una norma se debe hacer una recopilación bibliográfica exhaustiva sobre la materia. La norma es un documento escrito que indica la forma en que se organiza un determinado procedimiento. Debe tener objetivos claros y describirá en términos precisos aquellos conceptos que deben cumplirse en la práctica de atención a pacientes.

El C.IACS debe establecer un procedimiento para la difusión de estos documentos que permita asegurar que las personas que han de llevarlos a la práctica tienen conocimiento de ello. Además deben garantizarse evaluaciones de cumplimiento en todas sus etapas, con el fin de conocer si se ejecutaron las medidas apropiadamente en cantidad y calidad y si se produjeron cambios en las prácticas de atención a pacientes.

En el formato de la norma deberán especificarse los siguientes aspectos:

- Nombre de la norma.
- Fecha de puesta en vigencia.
- Personal al que se dirige.
- Objetivos.
- Conceptos que deben cumplirse.
- Aval de la jefatura de la unidad de origen de la norma.
- Aprobación del C.IACS.

- Disposición de la Dirección para la aplicación de la misma.

Las normas son aplicables a la totalidad del hospital, es decir no existen normas diferentes para una misma práctica en diferentes servicios del hospital. De acuerdo a la situación específica de cada hospital se ajustarán las normas y procedimientos por Servicios.

Normas que deben garantizarse:

- Prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter central.
- Prevención de la neumonía asociada a ARM.
- Prevención de ITU asociadas a catéter vesical.
- Prevención de las infecciones en la herida operatoria.
- Uso de profilaxis peri-operatoria.
- Higiene de manos con las especificaciones para el lavado quirúrgico.
- Uso de desinfectantes y antisépticos.
- Precauciones universales.
- Aislamiento de pacientes.
- Manejo de material estéril.
- Saneamiento ambiental básico.
- Gestión de residuos patógenos.

Cada norma específica será desarrollada de acuerdo a las necesidades de cada servicio. Tendrán prioridad las normas para la prevención de las infecciones tipificadas como problema en el hospital.

RECOMENDACIONES PARA EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO

El sistema de aislamiento es una de las medidas de prevención de las IACS donde se realizan algunos procedimientos destinados a cortar la vía de transmisión en

dependencia del agente etiológico involucrado, evitando la transmisión de gérmenes de paciente a paciente, del personal al paciente, del medio al paciente y al personal y viceversa.

Los diferentes sistemas de aislamiento que pueden ser aplicados son:

- 1- Por categorías específicas.
- 2- Por enfermedad específica.
- 3- De sustancias o fluidos corporales.
- 4- Precauciones universales.

El C.IACS seleccionará el sistema que sea más adecuado, que deberá ser consensuado con el servicio de infectología y la Dirección hospitalaria.

La selección de un sistema o combinación de varios se hará atendiendo a:

- Las características del centro (según técnicas a emplear, tipos de pacientes, tipos de servicio, etc.).
- Riesgos existentes.
- Recursos disponibles.

El sistema seleccionado deberá ser flexible, económico, de simple implementación y alta adherencia.

Los fundamentos epidemiológicos y las características de los sistemas de aislamiento se exponen en Anexo a este Programa.

RECOMENDACIONES PARA LA DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

Para aplicar una política racional en esta esfera, el C.IACS, a través de microbiología, farmacia, epidemiología y la central de esterilización, garantizarán el cumplimiento de los siguientes principios:

1.- La central de esterilización será responsable de todas las etapas del proceso de esterilización (lavado, preparación, empaquetado, desinfección, esterilización, registro, almacenamiento y distribución hacia los servicios) independientemente del lugar donde se realice. Todas estas etapas deberán estar normatizadas en la central de esterilización.

2.- En las instituciones que cuenten con laboratorio propio será la farmacia la responsable de todas las etapas del proceso de producción de soluciones desinfectantes (lavado, preparación, empaquetado, desinfección, esterilización, registro, almacenamiento y distribución hacia los servicios) y cada una de estas etapas deberá estar normatizada.

3.- Todo el material que vaya a ser utilizado en la atención de pacientes deberá ser procesado de acuerdo al tipo de uso que tendrá; para ello se empleará la esterilización, desinfección de alto nivel o intermedia.

4.- Los desinfectantes deben estar avalados por pruebas de control de calidad, especificando el método de evaluación química y antimicrobiana.

5.- Se debe priorizar el empleo de medios físicos, principalmente calor, para la esterilización.

6.- Es importante realizar previo a la desinfección/antisepsia la limpieza mecánica con enjuague profuso y secado.

7.- Realizar descontaminación por desinfección o esterilización previa, si existe la necesidad de disminuir una elevada carga microbiana, antes de iniciar el proceso de limpieza y tratamiento final.

8.- En la desinfección es imprescindible respetar el tiempo como factor vital en este proceso.

9.- En la política de desinfección debe seleccionarse un número reducido de desinfectantes en función de los procedimientos de riesgo que se realizan.

10.- El laboratorio de microbiología, la farmacia y el servicio de epidemiología confeccionarán las normas del hospital para el uso de desinfectantes. Las mismas deberán aprobadas por el C.IACS.

11.- En áreas de riesgo se utilizarán solo productos de desinfección con eficacia comprobada.

12.- Se seleccionarán los productos de acuerdo a las categorías de riesgo: equipos, piel de pacientes, manos del personal, instrumental, equipos y superficies.

13.- Se deberá instruir a toda persona relacionada con la desinfección y antisepsia sobre:

- Producto, concentración, solvente y método de empleo para cada uso.
- Conocer orden de prioridad para sustituciones.
- Tipo de envase, vida media y frecuencia de cambio de las soluciones.
- Sustancias y materiales incompatibles, interferentes o neutralizantes.

- Medidas de protección personal.

14.- Verificación de los datos ofrecidos por los fabricantes tanto del producto como de los equipos hacia los cuales va dirigida la desinfección.

15.- Los equipos de esterilización deben tener programas de mantenimiento preventivo y los mismos deben ser respetados y cumplimentados estrictamente.

16.- El material procesado debe contar con: envoltura indemne, almacenado y fecha de vencimiento.

17.- El control de calidad de la esterilización deberá realizarse en cada una de las etapas del proceso. En la esterilización será a través de los controles físicos (temperatura, humedad, presión y tiempo) y de los controles químicos en cada carga de esterilización. Los controles biológicos se realizarán con periodicidad semanal o quincenal, o en caso de mantenimiento del equipo.

RECOMENDACIONES PARA EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

El Laboratorio de Microbiología juega su rol fundamental en el diagnóstico etiológico de la infección del paciente; en este sentido es necesario garantizar la existencia de los recursos mínimos para las investigaciones que permitan comprobar sospechas clínicas y apoyar el pensamiento epidemiológico.

Debe primar la normativa general que reconoce que el recurso microbiológico no debe ser utilizado de manera indiscriminada ni para demostraciones de deficiencias higiénicas.

Otro concepto primordial en este apartado del Programa es la estrecha relación que deberá existir entre clínicos, epidemiólogos y bioquímicos, para orientar la toma de muestras, diagnóstico rápido e informes preliminares que ofrecerán los laboratorios.

Cada institución hospitalaria considerará, dependiendo de sus posibilidades materiales, la complejidad de los estudios microbianos para la vigilancia y estudio de brotes.

Toda información producida por el laboratorio de microbiología y sobre control de calidad del mismo y del hospital, deberá estar registrada y archivada en el laboratorio por un período no inferior a cinco (5) años.

Se considera en este punto que, la mayor parte de los hospitales no cuentan con diagnóstico de laboratorio virológico y micológico o bien son muy limitados, por lo que dicha instancia de investigación debe estar coordinada con centros de mayor complejidad que realicen dichos exámenes.

El laboratorio de microbiología debe participar y controlar las actividades destinadas a proveer un ambiente de trabajo que cumpla las condiciones de bioseguridad para el equipo de salud, pacientes y toda persona que asista al hospital.

Otra función primordial del laboratorio es la de validar la selección de antisépticos y desinfectantes a usar por cada servicio o áreas de riesgo de cada institución.

La política del Laboratorio de Microbiología debe estar definida para tres situaciones de gran repercusión en el Programa:

1. ESTUDIO DEL PACIENTE INFECTADO

- La indicación del estudio microbiano debe tener una orientación clínica precisa.

- La muestra debe ser representativa del proceso infeccioso y, de ser posible, tomada antes de la instauración de una terapéutica antimicrobiana.
- Brindar al laboratorio información de diagnóstico presuntivo y uso de antimicrobianos previo.
- Realizar una adecuada toma de muestra, un transporte rápido y contar con elementos que garanticen la conservación de los microorganismos.
- Realizar cultivos específicos para cada muestra.
- Realizar la identificación de los microorganismos por lo menos en género.
- Las cepas aisladas de pacientes con IACS en los estudios de vigilancia microbiana, y en casos de brotes, deben ser identificadas más exhaustivamente.
- Estudiar la resistencia antimicrobiana de los organismos aislados por métodos estandarizados según normas internacionales (CLSI o EUCAST).

2. ESTUDIO DEL AMBIENTE

El muestreo rutinario debe eliminarse y dirigir las actividades a evaluar las acciones de desinfección y esterilización y la calidad de las fórmulas alimentarias y aguas especiales. Dentro del estudio microbiano del ambiente inanimado en el caso particular del aire, solo debe ser evaluado cuando intervenga directamente en la posibilidad de transmitir una IACS y después de tener previa y debidamente controlados todos los requerimientos higiénicos y epidemiológicos.

3. ESTUDIO DEL BROTE DE IACS

Definida la sospecha de un brote, el C.IACS orientará los estudios microbianos que deberán ser realizados a los enfermos, personal y ambiente inanimado con vistas a establecer el diagnóstico etiológico de brote.

El microbiólogo definirá las muestras a recolectar, el momento de la toma de muestras, el transporte, los medios de cultivos a utilizar y hasta donde llegar en la identificación de las cepas aisladas.

El microbiólogo evaluará con el laboratorio de referencia correspondiente, la ejecución de los exámenes que no puedan realizarse en la institución y deban llevarse a cabo.

RECOMENDACIONES PARA UNA POLÍTICA DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

Según la OMS aproximadamente el 50% de las prescripciones de antimicrobianos son incorrectas, ya sea por diagnóstico, elección, vía de administración o duración errónea del tratamiento.

Además el 50% de los niños han recibido innecesariamente antimicrobianos antes de los 5 años de vida.

Del gasto total en medicamentos en una institución de salud, los antimicrobianos demandan entre un 30% y un 50% del presupuesto.

Lo descrito conlleva gastos superfluos y la elevación inusitada de la resistencia bacteriana que hoy llega a niveles muy preocupantes exigiendo el trabajo planificado en una política de uso racional de antimicrobianos.

OBJETIVOS

1. Mejora en la prescripción de antimicrobianos.
2. Optimización del uso de antimicrobianos.
3. Reducción del gasto innecesario.
4. Disminución de la resistencia bacteriana.

IMPLEMENTACIÓN

1. Sistema de prescripción (clasificación de antimicrobianos de acuerdo a espectro).
2. Capacitación de profesionales.
3. Medidas regulatorias y/o restrictivas (auditoría).
4. Sensibilización/educación de usuarios (comunicación – publicidad).

SERVICIOS CON IMPLEMENTACIÓN OBLIGADA

UTI/UCI/ adulta, pediátrica y neonatológica.

Inmunodeprimidos.

Salas de aislamientos.

Cirugía (profilaxis).

Quemados.

En cada institución se deberá contar con pautas consensuadas de tratamiento para las patologías prevalentes. Preferentemente basadas en las indicaciones de Guías de Práctica Clínica (a través de Áreas de Producción Científica de cada institución).

La restricción en el uso estará acordada por una división grupal de antimicrobianos en:

De uso libre (L)

De uso semi-restringido (S)

De uso restringido (R)

Las instituciones contarán con un Formulario de Indicación de Uso de Antimicrobianos. Su uso está sugerido en el mundo como una de las formas de control más efectivas para este tipo de programas (ver Anexo “Receta de Antibióticos de uso restringido”).

Este formulario contará con dos cuerpos, además de un talón que quedará en la Historia Clínica como constancia de utilización del antimicrobiano (S) o (R).

Cada institución, llevará, además, registro del uso de antimicrobianos (S) y (R). Esta tarea es responsabilidad del servicio de infectología a través de la confección de una planilla en dosis diarias definidas (DDD).

Se deberá capacitar al personal en relación a la importancia del uso racional de antimicrobianos.

El personal de la institución de salud debe conocer las pautas y normas de tratamiento; como así también el modo y el fundamento de la autorización (formulario).

A la fecha, se consideran:

Antimicrobianos semi-restringidos (S):

1. Cefalosporinas de 3^a y 4^a generación.
2. Quinolonas.
3. Macrólidos de uso parenteral.
4. Antimicóticos de uso parenteral.
5. Antivirales de uso parenteral.

Antimicrobianos de uso restringido (R):

1. Carbapenems (*).
2. Piperacilina/Tazobactam.
3. Fosfomicina I.V. (*).
4. Vancomicina.
5. Colistina.
6. Gliciliclinas (*).
7. Oxazolidinonas.
8. Lipoglicopeptidos (*).
9. Anfotericina Liposomal (*).
10. Nuevos Imidazólicos(*).

11. Equinocandinas (*).

(*). Requieren autorización definida por jurisdicción ministerial.

Este listado será modificado ante la aparición de nuevas drogas que demanden la intervención de autoridad ministerial. Aquellas drogas que se agreguen a la lista serán agregadas a este Programa como nuevos anexos. .

PROFILAXIS PRE-QUIRURGICA

Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) representan el 15-20% de las IACS. Estas infecciones forman parte de un grave problema de salud y es importante conocer las acciones necesarias para evitarlas.

Desde el reto mundial de la OMS “La Cirugía Segura Salva Vidas” se trabaja en instrumentos mundiales para asegurar la calidad en los actos quirúrgicos.

En este proceso debemos ocuparnos de tres aspectos fundamentales, el pre-quirúrgico, el intra-operatorio y el post-operatorio. La profilaxis peri-operatoria con antibióticos es una de las bases de prevención de las ISQ. Estas y otras medidas se detallan en el Anexo del Programa.

RECOMENDACIONES PARA LA CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD

Otra labor vital para el éxito de las acciones preventivas del Programa es la actividad permanente en pos de lograr el desarrollo de una conciencia sanitaria cada vez mayor, en todo el personal hospitalario, en relación con las infecciones y su prevención.

Las acciones punitivas para los casos de transgresiones de normas, pudieran interpretarse como acciones que quizás pueden contribuir al cambio de actitudes, pero

en realidad dichas acciones tienden a producir rechazo hacia las actividades del Programa, son de carácter transitorio y subestiman las capacidades e intenciones del personal para realizar su trabajo en la mejor forma posible.

Las acciones punitivas no contribuyen al verdadero cambio de actitud del equipo de salud y a la conformación de una cultura de la seguridad; este tipo de prácticas pueden producir retroceso en las actividades del Programa u ocultamiento de errores o fallas que debieran ser analizados y tenidos en cuenta para la mejora del sistema de atención.

En cambio, la capacitación continua del personal tiene por efecto darle importancia al Programa proporcionando espacios para la toma de conciencia y la búsqueda conjunta de soluciones a las necesidades locales. Esta medida tiene más posibilidades de mantenerse en el tiempo, producir un cambio de cultura y generar ahorro al ser creativas y proactivas en relación a los recursos existentes y respetuosas de la iniciativa e intenciones del equipo de salud para brindar una atención médica de calidad.

La capacitación continua del personal hospitalario debe propiciar la transformación de las prácticas habituales hacia otras más seguras y eficientes.

Los temas de capacitación deben ser seleccionados por cada hospital tomando en consideración sus problemas más relevantes.

Las actividades de índole educativa deben estructurarse de manera acorde a las funciones y responsabilidades de cada grupo al que se le transfiere. Un ejemplo puede ser la política de antibióticos, dirigida específicamente al personal médico y no siendo útil para el personal de enfermería que no tiene poder de decisión en la materia.

RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL DE LA SALUD OCUPACIONAL

El riesgo laboral en el ambiente hospitalario ha sido poco estudiado y con él la salud ocupacional, por tal motivo se hace necesario inducir la atención del personal de salud en las instituciones hospitalarias.

Lo más importante es tener en cuenta que los principios de la salud ocupacional son fundamentalmente preventivos y hacia ese objetivo se deben encaminar todos los esfuerzos.

En el ambiente hospitalario se conjugan diferentes tipos de riesgos, pero en este Programa solo se abordarán aquellos que son más específicos a las infecciones transmitidas en la práctica médica.

En instituciones de salud que no cuenten con grupos de trabajo dedicados a bioseguridad, el C.IACS, será el encargado de la totalidad de estas acciones.

Para lograr la atención integral al trabajador de la salud y controlar los riesgos laborales en el medio hospitalario, se deberán realizar las siguientes actividades:

- 1- Exámenes médicos PRE ocupacionales y periódicos de acuerdo al puesto de trabajo.
- 2- Confeccionar un esquema de revisión del esquema de vacunación de enfermedades prevenibles en el ámbito hospitalario.
- 3- Evaluar los riesgos laborales por áreas, con el establecimiento de medidas preventivas.
- 4- Analizar la morbilidad laboral causada por riesgos biológicos.

5- Educación sanitaria referida a la prevención de los riesgos biológicos.

EXÁMENES MÉDICOS

Todos los trabajadores de la Unidad Hospitalaria deben contar con un Expediente Clínico donde se recojan los siguientes datos:

Puesto de trabajo, años de servicio, antecedentes patológicos personales, hábitos tóxicos, examen clínico y exámenes complementarios acorde a los riesgos laborales a los que se expone. Tendremos en cuenta para la prioridad a los grupos de trabajadores profesionalmente expuestos, por área de riesgo, por ejemplo:

Unidades de Terapia Intensiva, Unidades Quirúrgicas, Laboratorio Clínico y Microbiológico, Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Gastroenterología, Diálisis y Hemodiálisis y manipuladores de desechos sólidos.

VACUNACIÓN PREVENTIVA

El personal de salud deberá cumplimentar con las indicaciones del Ministerio de Salud de la Nación respecto de la inmunización para el personal de salud (ver Anexo)

EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES POR ÁREAS Y ESTABLECIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS

Los grupos de profesionales y personal de servicios más expuestos a los riesgos biológicos son susceptibles de contraer infecciones tales como: Hepatitis, Tuberculosis, VIH, estafilococcias y otras; por tal motivo se exigirá, por medio de C.IACS, el cumplimiento de las medidas de Bioseguridad establecidas para cada servicio.

CONTROL DE LA MORBILIDAD LABORAL

El C.IACS llevará registro de los accidentes vinculados al riesgo biológico, así como de las enfermedades infecciosas que ocurran en el personal de salud y posibiliten su transmisión a pacientes. En este sentido el C.IACS establecerá y difundirá las medidas pertinentes en cuanto a permanencia o no del trabajador afectado en el servicio, chequeo médico y seguimiento.

EDUCACIÓN SANITARIA

El Comité deberá establecer una estrategia de educación y comunicación que contribuya a influir de manera positiva en los conocimientos, actitudes y comportamientos del personal de la salud en relación a la prevención y control de IACS.

Se dará especial énfasis a la labor educativa en materia de higiene de manos y conocimiento del personal sobre las precauciones universales.

La evaluación de estas actividades por el C.IACS estará en función de los cambios de conocimientos, actitudes y conductas del personal de la salud.

RECOMENDACIONES SOBRE EL SANEAMIENTO AMBIENTAL BÁSICO

El ambiente hospitalario, por el riesgo que representa, requiere de la exigencia en el cuidado y control de áreas muy específicas que requieren de una atención especializada y control exhaustivo de los siguientes elementos: aire, agua, residuos peligrosos, control de vectores, alimentos y el ambiente físico alrededor de las mismas.

El hospital debe garantizar un ambiente limpio que proporcione el mínimo riesgo de transmisión de IACS.

El C.IACS debe garantizar, mediante la adopción de normas, la capacitación, la supervisión y las condiciones ambientales con el mínimo riesgo de IACS en las áreas o servicios donde se realicen procedimientos críticos.

El hospital debe proveer las condiciones de bioseguridad al personal de salud que manipula sangre y/o residuos de riesgo.

El C.IACS deberá accionar de manera específica, cuando se produzcan remodelaciones o mantenimiento en áreas que comprometan la estancia segura de pacientes ingresados y personal del equipo de salud. Las autoridades convocarán al C.IACS para asesorar en las acciones y procedimientos antes mencionados.

7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LAS IACS

La estrategia de este Programa define al hospital como el ejecutor principal de todas las acciones para la prevención y control de la IACS, por tanto la evaluación estará dirigida a conocer las modificaciones de la situación de salud del hospital.

El nivel provincial supervisará a los hospitales para evaluar el Programa y realizar las acciones de corrección necesarias en función de los problemas detectados.

Es importante evaluar la adecuación local del Programa acorde a las necesidades de cada institución hospitalaria.

Se deberá brindar especial atención (en cumplimiento de pautas y evaluación de resultados) a las normas elaboradas para la prevención y control de IACS en los servicios y áreas de riesgo.

La premisa fundamental de la evaluación es identificar el impacto de la adecuación del Programa, en los indicadores de infecciones en el hospital.

Al hospital le corresponde identificar el nivel de funcionamiento del C.IACS en relación al comportamiento de los indicadores de infección y al grado de cumplimiento de las acciones de prevención. Ver Anexo Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de IACS de la República Argentina; Consenso SADI INE ADECI agosto 2014