



70-46.05

## PROTOCOLO MANEJO DE INFECCIONES



**E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA**  
**La Cumbre - Valle**

**2024**

**70-46.05**

## **1. OBJETIVO**

- Establecer medidas preventivas para la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud, de los pacientes hospitalizados en todos los servicios del Hospital Santa Margarita a través de estrategias que permitan garantizar al paciente su seguridad e integridad.
- Proteger al paciente, personal de salud, visitas y otras personas en el ambiente hospitalario.
- Reducir las estancias hospitalarias.
- Reducir los costos de las estancias prolongadas.
- Reducir las infecciones asociadas al sitio operatorio, dispositivos médicos.
- Disminuir la frecuencia de infecciones Asociadas al cuidado de la salud, reconocido como evento adverso.
- Generar cultura de auto cuidado en el personal asistencial y los pacientes.
- Brindar atención médica de calidad y con los mejores resultados.
- Contribuir con el crecimiento y mejora de los procesos institucionales

## **2. ALCANCE**

Aplica para todo el personal Asistencias del Hospital Santa Margarita

### **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Administrativo y Asistencial.

### **POBLACIÓN**

Todos los pacientes que ingresen a los servicios del Hospital Santa Margarita.

### **RESPONSABLES**

De la supervisión y control de la aplicación del protocolo: Equipo Seguridad del paciente, Líderes de área, Líder de Enfermería.



## 70-46.05

De la aplicación directa del protocolo: Enfermeras, auxiliares de enfermería, Terapeutas físicos, médicos y todo el personal que atiende directa o indirectamente al paciente.

De la evaluación de la incidencia y monitoreo: Integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y Comité de infecciones y Vigilancia Epidemiológica.

### 3. CONFORMACION DEL COMITÉ

- Director Médico.
- Líder de Seguridad del Paciente.
- Líder de Calidad.
- Referente de Esterilización.
- Líder Administrativa.
- Referente de Vigilancia Epidemiológica.
- Líder de Enfermería.

**FUNCIONES:** Serán funciones del Comité de Infecciones y Enfermedades Infecciosas:

- Trabajar en equipo interdisciplinario para garantizar la calidad de la atención prestada a los pacientes y disminuir los riesgos de infección a familiares, visitantes y trabajadores de la salud.
- Organizar y mantener el sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias y sus factores de riesgo.
- Reunirse mensualmente de manera ordinaria y de forma extraordinaria las veces que sea necesario.
- Identificar las necesidades institucionales con el fin de desarrollar programas de capacitación, actualización e implementación de nuevas tecnologías o de guías o normas de procedimientos.

## 70-46.05

- Elaborar y cumplir los protocolos de manejo del paciente infectado y de todos los procedimientos que estén involucrados en la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias y sus factores de riesgo.
- Velar por el cumplimiento de las normas y medidas de control establecidas.
- Analizar los resultados obtenidos de la vigilancia epidemiológica.
- Difundir los resultados del análisis de los datos obtenidos a través del sistema de vigilancia.
- Identificar los factores que condicionan la presencia de las infecciones hospitalarias en la institución. Posibles contactos hospitalarios, los cambios en la flora microbiana, la resistencia a los antibióticos, las condiciones medio ambientales como la disposición de basuras y residuos, así como los aspectos administrativos.
- Establecer y ejecutar políticas y mecanismos de intervención para la prevención, vigilancia y control de las infecciones e incluirlas en el plan de desarrollo institucional.
- Intervenir oportunamente, cuando se presente un caso o un brote.
- Evaluar el sistema de vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias y el impacto de las medidas adoptadas.

## FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INFECCIONES Y ENFERMEDADES INFECTOSES

**INFECCIOSAS:** El Comité de Infecciones y Enfermedades Infectooses deberá elegir por mutuo acuerdo entre sus miembros, un presidente, quien tendrá las siguientes funciones:

- Convocar a los miembros del comité a las sesiones ordinarias y extraordinarias.
- Llevar a cabo los arreglos necesarios para determinar el lugar o sitio de las reuniones.
- Preparar los temas que van a tratarse en cada reunión.
- Verificar el cumplimiento de la periodicidad de las sesiones.
- Supervisar el cumplimiento del orden del día de las sesiones.
- Presidir, orientar y moderar las reuniones ordinarias y extraordinarias en forma dinámica y eficaz.



## 70-46.05

- Tramitar ante la gerencia Hospital Santa Margarita las recomendaciones aprobadas en el seno del Comité y darle a conocer todas sus actividades.
- Notificar por escrito a los miembros del Comité sobre convocatoria a las reuniones por lo menos una vez al mes.
- Gestionar ante la Gerencia, los recursos requeridos para el funcionamiento del Comité.
- Verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos.
- Aprobar y firmar las actas de las sesiones.
- Presentar periódicamente a la alta dirección informes de actividades del Comité.
- Presentar anualmente a la alta dirección el plan de trabajo del Comité del año siguiente.

### FUNCIONES DE LA SECRETARIA DEL COMITÉ DE INFECCIONES Y ENFERMEDADES

**INFECCIOSAS.** El Comité de Infecciones y Enfermedades Infecciosas deberá elegir entre sus miembros un secretario (a), por mutuo acuerdo, quien tendrá las siguientes funciones:

- Estructurar la carpeta de la sesión correspondiente.
- Verificar la asistencia de los integrantes y quórum en la sesión.
- Leer el orden del día y el acta de la sesión anterior.
- Enviar por medio físico o electrónico a los miembros del Comité la convocatoria realizada por el presidente a las sesiones ordinarias y extraordinarias, indicando el día, la hora y el lugar de la reunión.
- Tomar nota de los temas tratados, elaborar el acta de cada reunión y someterla a la discusión y aprobación del Comité.
- Llevar el archivo de las actas, la documentación soporte y velar por la reserva, custodia y confidencialidad de la información.
- Llevar el archivo referente a las actividades desarrolladas por el Comité y suministrar toda la información que se requiera.
- Elaborar el orden del día de cada una de las sesiones del Comité.



## 70-46.05

- Enviar las comunicaciones con las recomendaciones dadas por el Comité a las diferentes dependencias de la empresa.
- Citar a reuniones y solicitar los soportes requeridos para hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes involucradas.
- Elaborar informes periódicos sobre la gestión del Comité, los cuales serán presentados a la Gerencia Administrativa.

## FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

- Velar por el completo diligenciamiento de las fichas y complementarlas siempre que sea necesario.
- Analizar la información consignada en las fichas con el coordinador o con el comité.
- Hacer monitoreo sobre las acciones de vigilancia y control que lleve a cabo el personal responsable sobre los casos presentados en cada servicio.
- Verificar diariamente con laboratorio clínico para informarse sobre los resultados de los pacientes con diagnóstico de infección intrahospitalaria y de los cultivos bacteriológicos en general.
- Participar en las asesorías o asistencias socializar y coordinar educación continuada y protocolos.
- Monitorear el cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad.
- Hacer de secretario del comité (cuando las condiciones lo ameriten) y responder por las actas y el archivo de este.

## GUÍAS Y PROTOCOLOS DE PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS:

Enseñar las siguientes actividades

- Lavado de manos OMS
- Lavado de manos quirúrgico.



## 70-46.05

- Limpieza y desinfección de cada una de las áreas clínicas de acuerdo con el nivel de riesgo (bajo, intermedio o alto): En todos los servicios del Hospital Santa Margarita (incluyendo en cada caso las especificaciones necesarias para pisos, techos, paredes, ventanas etcétera).
- Limpieza, desinfección y esterilización de equipos.
- Limpieza, desinfección y esterilización de instrumental clasificado en elementos críticos, no críticos y semi críticos.
- Manejo, recolección transporte y lavado de ropa de acuerdo a si está o no contaminada.
- Ruta sanitaria institucional.
- Normas de técnica aséptica para manejo de heridas.
- Normas de bioseguridad.
- Manejo del paciente séptico.
- Protocolos de aislamiento.
- Manejo de brotes.

### HIGIENE DE MANOS.

Para la higiene de Manos Clínico debe tener cuenta que su duración es de 3 minutos y se debe realizar aplicar los cinco momentos:

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia, aséptica.
- Despues del riesgo a la exposición de líquidos corporales.
- Despues de tocar al paciente.
- Despues del contacto con el entorno del paciente.
- El jabón antiséptico utilizado podrá variar según necesidad del servicio o disposición del Comité de Infecciones.

### RECOMENDACIONES PARA EL LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS:



## 70-46.05

- Quitarle anillos, relojes y pulseras antes de comenzar con la antisepsia de las manos para cirugía.
- Están prohibidas las uñas artificiales. Los lavatorios deberían diseñarse para reducir el riesgo de salpicaduras.
- Si las manos están visiblemente sucias, lavarlas con jabón común antes de la antisepsia quirúrgica de manos.
- Remover la suciedad de debajo de sus uñas usando un limpiador de uñas, preferentemente debajo del agua corriente.
- Los cepillos para la antisepsia quirúrgica de manos no son recomendables.
- La antisepsia quirúrgica de manos debería realizarse usando un jabón antimicrobiano adecuado o una preparación a base de alcohol glicerinado, preferentemente con un producto que asegure una actividad sostenida antes de ponerse los guantes.
- Preparación a base de alcohol antes de ponerse los guantes esterilizados al realizar procedimientos quirúrgicos.
- Al realizar la antisepsia quirúrgica de manos con un jabón antimicrobiano, frotar las manos y antebrazos durante el tiempo recomendado por el fabricante, generalmente de 2 a 5 minutos. No es necesario mucho tiempo de frotado (por ej. 10 minutos).
- Al usar una preparación a base de alcohol glicerinado con actividad sostenida, siga las instrucciones del fabricante para el tiempo de aplicación. Aplicar el producto únicamente para secar las manos.
- No combinar el frotado de manos quirúrgico con el frotado de manos con una preparación a base de alcohol consecutivamente.

### FUNCIONES DEL COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS:

- Registros diarios de infecciones intrahospitalarias.
- Consolidado de infecciones intrahospitalarias institucional
- El perfil epidemiológico de la institución.



## 70-46.05

- Software bajo Excel de infecciones intrahospitalarias.
- Registros individuales de atención.

### MANEJO DEL CASO

- Registrar la curva de temperatura.
- Manejo integral y adecuado de heridas y secreciones del paciente (drenaje de colecciones purulentas y uso de antibióticos según criterio médico).
- Revisión permanente de venoclisis, sondas, drenes, etcétera, para observar signos de infección y decidir su cambio o retiro.
- Revisar procedimientos realizados al paciente y las técnicas asépticas utilizadas.
- Evaluar los sistemas de desinfección, des germinación y esterilización.
- Identificar aspectos críticos del personal de salud en el conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad.

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

- Medidas de bioseguridad.
- Normas sobre uso de antisépticos.
- Procedimientos de desinfección y esterilización.
- Procedimientos relacionados con el proceso de desechos hospitalarios.
- Clasificación y precauciones de las áreas hospitalarias según riesgo.
- Recursos suficientes y oportunos para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias.

### ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS:

- Conformación y funcionamiento óptimo de un comité institucional de infecciones intrahospitalarias de acuerdo con lo establecido.
- Intervención oportuna y efectiva cuando se presente un caso o un brote de infección



## 70-46.05

- Prevención y control permanente de los factores de riesgo.
- Análisis oportuno de los datos recolectados.
- Difusión de los resultados obtenidos del análisis de los datos de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias y sus factores de riesgo.

### 4. DEFINICIONES

**AGENTES CONDICIONALES:** que producen enfermedades en personas con disminución de las defensas ocasionada por procedimientos invasivos, terapias depresoras, etcétera.

**AGENTE ETOLÓGICO:** Cualquier agente bacteriano, micótico, viral o parasitario puede ser causante de infección en el medio hospitalario. Se han reportado como los más frecuentes: *Staphylococcus epidermidis*, *Enterobacter sp*, Bacilos Gram positivos, *Cándida*, *Klebsiella oxytoca*, otros gérmenes.

**ANTISEPSIA:** Empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos de la piel viva, las membranas mucosas o tejidos abiertos a un nivel en el cual no generen infecciones.

**ASEPSIA:** Ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye la preparación del equipo, la instrumentación y el cambio de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección

**BACTEREMIA:** Presencia de las bacterias viables en el torrente sanguíneo que se pueden aislar con hemocultivos y que no son necesariamente causa actual de la infección.

**BACTERIAS:** Cualquiera de estos agentes puede incluirse dentro de la siguiente clasificación:

**PATÓGENOS CONVENCIONALES:** aquellos que causan enfermedades en personas sanas susceptibles; pueden generar epidemias en el medio hospitalario.

**CASO COMPATIBLE:** Es un caso probable sin confirmación de laboratorio, con resultados parciales no concluyentes y sin asociación epidemiológica. Un buen sistema de vigilancia epidemiológica debe tener el mínimo número de casos compatibles, ya que el seguimiento debe permitir, en lo posible, la clasificación como confirmado o descartado.



## 70-46.05

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

**POR LABORATORIO:** es el caso probable con resultados de laboratorio positivos para el agente etiológico

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

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

**CASO SOSPECHOSO:** Paciente hospitalizado sin infección manifiesta o con infección diferente al momento del ingreso, que posteriormente presente fiebre, material purulento u otros signos o síntomas de infección durante el periodo de hospitalización ó 72 horas después del egreso. En caso de cirugía con implante de prótesis, se considera caso sospechoso hasta doce meses después del egreso.

**ENDOMETRITIS PUPERAL:** Es un cuadro clínico provocado por la infección del endometrio.

**INFECCIONES EXTRA HOSPITALARIAS:** Las infecciones que se presentan en las siguientes circunstancias no se consideran intrahospitalarias, dado que se asocian a procesos infecciosos presentes al momento de la admisión, y aquellas en las que el paciente ingresa infectado y sale con el mismo proceso.

### SE CLASIFICAN COMO EXTRA HOSPITALARIAS:

- Paciente que ingresa infectado y sale con el mismo proceso.
- Paciente que ingresa en periodo de incubación y desarrolla la infección dentro del hospital o después del egreso.

## 70-46.05

- Neonato que adquiere la infección en forma transplacentaria, como herpes, sífilis, toxoplasmosis y rubéola, entre otras, la cual se evidencia al nacer.

**INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD:** Las infecciones intrahospitalarias son aquellas adquiridas en el hospital o institución prestadora de servicios de salud y son causadas por microorganismos reconocibles a través de manifestaciones clínicas y/o confirmación microbiológica. Las características dependen del agente causal, del sitio infectado y de las condiciones del huésped; pueden ocurrir durante la estancia hospitalaria o hasta 72 horas después del egreso del paciente, dependiendo del tiempo de hospitalización y del periodo de incubación de la enfermedad. En caso de prótesis, pueden presentarse hasta doce meses después.

**GÉRMENES OPORTUNISTAS:** Los que causan enfermedades en personas con profunda disminución de las defensas como en pacientes en unidades de cuidados intensivos, recién nacidos, quemados, con trastornos hematológicos (leucopenia, agranulocitosis), VIH/sida, etcétera.

**NORMAS DE BIOSEGURIDAD:** Son las normas de precaución que deben aplicar los trabajadores en áreas asistenciales al manipular sangre, secreciones, fluidos corporales o tejidos provenientes de todo paciente y sus respectivos recipientes, independiente de su estado de salud, forman parte del programa de salud ocupacional.

**TÉCNICA ASÉPTICA:** Son los distintos procedimientos que se utilizan para conservar la ausencia de gérmenes patógenos, en el cuidado del paciente y en el manejo de equipos y materiales.

### CONJUNTIVITIS:

- Criterio 1: cultivo positivo de secreción purulenta procedente de conjuntiva o tejido contiguo como párpado, córnea, glándulas de meibomio o lacrimales.



## 70-46.05

- Criterio 2: dolor, hiperemia y edema palpebral, enrojecimiento de conjuntivas, secreción ocular y uno de los siguientes: microorganismos y leucocitos observados en Gram de extendido de exudado, exudado purulento, test de antígeno positivo en exudado o raspado conjuntival, células gigantes multinucleadas observadas al examen microscópico de exudado o raspado conjuntival, cultivo positivo de virus en exudado conjuntival, título diagnóstico de anticuerpos IgM o incremento en cuatro veces de la IgG por patógeno en muestras séricas pareadas.

### INFECCIONES DE LOS OJOS DIFERENTES A LAS CONJUNTIVITIS:

- Criterio 1: cultivo positivo de cámara anterior o posterior del ojo o de fluido vítreo.
- Criterio 2: dos de los siguientes signos sin otra causa aparente: dolor de ojo, disturbio visual, hipopión y al menos uno de los siguientes: diagnóstico médico, test de antígeno positivo en sangre, microorganismo aislado de hemocultivo.

### OTITIS EXTERNA:

- Criterio 1: cultivo positivo de drenaje purulento del canal auditivo.
- Criterio 2: uno de los siguientes signos: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), otalgia, enrojecimiento de conducto auditivo externo, drenaje del canal auditivo y microorganismo observado en gram de secreción purulenta.

### OTITIS MEDIA:

- Criterio 1: cultivo positivo de drenaje purulento de oído medio por timpanocentesis o cirugía.
- Criterio 2: dos o más de los siguientes signos: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), dolor en tímpano, inflamación, retracción, disminución de la motilidad del tímpano o fluido detrás del tímpano.

### OTITIS INTERNA:

- Criterio 1: cultivo positivo de drenaje purulento del oído interno obtenido en cirugía.
- Criterio 2: diagnóstico médico.

### MASTOIDITIS:



## 70-46.05

- Criterio 1: cultivo positivo de drenaje purulento de mastoides.
- Criterio 2: dos de los siguientes signos o síntomas, sin otra causa reconocida: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), dolor, eritema, edema localizado, cefalea o parálisis facial y alguno de los siguientes criterios: organismo observado en gram de secreción purulenta procedente de mastoides, test de antígeno positivo en sangre.

### INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA:

Faringitis, laringitis, epiglotis, amigdalitis o faringoamigdalitis

- Criterio 1: dos de los siguientes signos o síntomas: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), eritema faríngeo, tos, carraspeada, catarro común, rinorrea, linfadenopatía cervical, úlcera o exudado purulento en garganta y uno de los siguientes: cultivo positivo del área afectada, hemocultivo positivo, test de antígeno positivo en secreción respiratoria, diagnóstico médico.
- Criterio 2: absceso observado al examen directo en acto quirúrgico o por examen histopatológico.

### SINUSITIS:

- Criterio 1: cultivo positivo de drenaje purulento obtenido de la cavidad del seno infectado.
- Criterio 2: uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), dolor edema y sensibilidad sobre el seno, cefalea, exudado purulento, obstrucción nasal y alguno de los siguientes: transiluminación positiva, evidencia radiológica de infección.

### INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA:

Neumonía nosocomial

- Criterios clínicos. Manifestaciones altamente sugestivas; incluyen fiebre, tos, taquipnea, estertores y/o consolidación pulmonar al examen físico y al menos uno de los siguientes criterios: nuevo episodio de esputo purulento o cambio en las características del esputo, hemocultivos positivos, aislamiento de un microorganismo de una muestra obtenida por aspiración transtracheal, fibrobroncoscopia, o biopsia.

## 70-46.05

- Radiología. Infiltrados nuevos o progresivos, consolidación, cavitación, derrame pleural y al menos uno de los siguientes criterios: nuevo episodio de esputo purulento o cambio en las características del esputo, hemocultivos positivos, aislamiento de un microorganismo obtenido por aspirado transtracheal, fibrobroncoscopia o biopsia, aislamiento viral o detección de un antígeno viral en secreciones respiratorias, evidencia histopatológica de neumonía.
- Estudios cuantitativos fibrobroncoscopicos. Recuentos cuantitativos >10.000 UFC/ml de LBA; >1000 UFC para cepillados; igualmente sugieren la etiología.

### GASTROENTERITIS:

- Criterio 1: episodio agudo de diarrea (deposiciones líquidas por más de doce horas) con o sin vómito o fiebre y causa no infecciosa aparente.
- Criterio 2: al menos dos de los siguientes signos o síntomas: náuseas, vómito, dolor abdominal o cefalea, y al menos uno de los siguientes: aislamiento de un enteropatógeno; test antígeno positivo cambios citopáticos o test de toxinas (+).

### GENITALES:

#### Infección vaginal

Generalmente se presenta en cúpula vaginal en paciente post -histerectomizada.

- Criterio 1: drenaje purulento de cúpula vaginal post -histerectomía.
- Criterio 2: absceso de cúpula.
- Criterio 3: cultivo positivo de fluido o tejido de cúpula.

Otras infecciones del tracto reproductivo de hombres y mujeres entre estas se encuentran las del epidídimo, testículos, próstata, vagina, ovarios, útero, trompas u otros tejidos pélvicos profundos, excluyendo la endometritis.

- Criterio 1: microorganismo aislado por cultivo de tejido o fluido del sitio afectado.



## 70-46.05

- Criterio 2: absceso u otra evidencia de infección vista durante el acto quirúrgico o por examen histopatológico.
- Criterio 3: dos de los siguientes signos o síntomas: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), náusea, vómito, dolor, distensión abdominal o disuria y alguno de los siguientes: hemocultivo positivo, diagnóstico médico.

### INFECCIÓN URINARIA:

#### INFECCIÓN SINTOMÁTICA:

- Criterio 1: al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre ( $38^{\circ}\text{C}$ ), urgencia, disuria, frecuencia o malestar suprapúbico y urocultivo  $> 105 \text{ UFC/ml}$  con no más de 2 microorganismos.
- Criterio 2: dos de los siguientes síntomas: fiebre ( $38^{\circ}\text{C}$ ), urgencia, frecuencia, disuria o malestar suprapúbico y uno de los siguientes criterios paraclinicos: leucocito estearasa y/o nitritos (+), piuria ( $> 10$  leucocitos/ml o  $> 3$  leucocitos/ gran campo de orina sin centrifugar); dos urocultivos con aislamiento del mismo germe  $> 100 \text{ UFC/ml}$ ; gram de orina sin centrifugar (+);  $< 105$  uropatógenos en un paciente tratado con antibióticos; diagnóstico médico de infección urinaria
- Criterio 3: en paciente con catéter urinario febril, con urocultivo positivo  $> 105 \text{ UFC/ml}$  sin otro foco clínico evidente que la explique.

#### BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:

- Criterio 1: paciente con catéter urinario ( $< 7$  días), y urocultivo  $> 105 \text{ UFC/ml}$ , con no más de dos gérmenes y sin fiebre o sintomatología urinaria.
- Criterio 2: paciente sin catéter urinario, dos urocultivos  $> 105 \text{ UFC/ml}$  con aislamiento del mismo germe, sin fiebre ni sintomatología urinaria.

Otras infecciones. Riñón, uréter y espacio perinefrítico

- Criterio 1: cultivo positivo de líquido o tejido del área afectada.



## 70-46.05

- Criterio 2: absceso o evidencia de infección determinada al examen directo o estudio histopatológico.
- Criterio 3: dos o más de los siguientes criterios sin otra causa: fiebre ( $38^{\circ}\text{C}$ ), dolor localizado en puntos renales, molestia localizada en el sitio afectado por lo menos, uno de los siguientes: drenaje purulento, hemocultivos (+); evidencia radiológica: diagnóstico de infección (riñón, uréter, vejiga, espacio perinéfrico); diagnóstico médico de infección.

### INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS:

#### Infección de piel

- Criterio 1: drenaje purulento, vesículas o ampollas.
- Criterio 2: dos de los siguientes signos en el sitio afectado: signos de inflamación y alguno de los siguientes: cultivo positivo de aspirado o drenaje del sitio afectado; si el germe aislado es de la flora normal de la piel deberá ser un cultivo puro, hemocultivo positivo, prueba de antígeno positivo en tejido infectado, células grandes multinucleadas vistas al examen microscópico del tejido afectado, título diagnóstico de anticuerpos IgM o incremento en cuatro veces de los niveles de IgG por patógeno en muestras séricas pareadas. Nunca debe reportarse una infección de herida quirúrgica como infección de piel.

Infección de tejidos blandos: Incluye fascitis necrotizante, gangrena, celulitis necrotizante, miositis, linfadenitis o linfangitis.

- Criterio 1: cultivo positivo de tejido o drenaje del sitio afectado.
- Criterio 2: drenaje purulento del sitio afectado Criterio 3: absceso u otra evidencia de infección observada durante el acto quirúrgico o por examen histopatológico Criterio 4: dos de los siguientes signos en el sitio afectado: signos de inflamación y alguno de los siguientes: hemocultivos positivo, prueba positiva para antígeno en sangre u orina, título diagnóstico de anticuerpos IgM o incremento en cuatro veces de los niveles de IgG por patógeno en muestras séricas pareadas u Infección de úlcera por decúbito Incluye infección superficial y profunda. Eritema y edema de los bordes de la úlcera,



## 70-46.05

hipersensibilidad y alguno de los siguientes: cultivo positivo de fluido obtenido por aspirado o biopsia de tejido procedente de úlcera marginal, hemocultivo positivo sin otro foco de infección.

### INFECCIONES Y QUEMADURAS:

- Criterio 1: cambio en la apariencia o característica de la quemadura; rápida separación de las escaras; cambio de color de la escara a café oscuro, negra o violácea; edema de los bordes y confirmación de la invasión microbiológica del tejido adyacente viable, por examen histopatológico del espécimen procedente de la quemadura.
- Criterio 2: cambio en la apariencia o característica de la quemadura; rápida separación de las escaras; cambio de color de la escara a café oscuro, negra o violácea; edema y, al menos, uno de los siguientes: hemocultivo positivo en ausencia de otra infección identificable, aislamiento del virus de herpes simple, identificación histopatológica de inclusiones por microscopía electrónica, visualización de partículas de virus por microscopía electrónica en muestras de espécimen o lesión estudiada.
- Criterio 3: paciente con quemadura y dos de los siguientes signos: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), hipotermia ( $<36^{\circ}\text{C}$ ), hipotensión (presión sistólica  $<90\text{mmHg}$ ), oliguria ( $<20\text{ml/hora}$ ), hiperglicemia con tolerancia previa a dieta a base de carbohidratos, confusión mental y uno de los siguientes: examen histopatológico de biopsia procedente de la quemadura que muestre invasión dentro del tejido adyacente viable, hemocultivo positivo en ausencia de otro foco evidente de infección, aislamiento del virus de herpes simple, identificación histopatológica de inclusiones por microscopía electrónica o visualización de partículas de virus por microscopía electrónica en espécimen muestra o lesión estudiada.

### MASTITIS:

- Criterio 1: cultivo positivo del tejido mamario afectado; fluido obtenido por incisión, drenaje o aspiración.
- Criterio 2: absceso mamario u otra evidencia de infección observada durante acto quirúrgico o por examen histopatológico.

## 70-46.05

- Criterio 3: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), inflamación local en la glándula mamaria y diagnóstico médico.

### INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO:

Debe vigilarse hasta treinta días después del procedimiento, o hasta doce meses en caso de colocación de prótesis.

- Incisional superficial. Incluye piel y tejido celular subcutáneo, y uno de los siguientes criterios: drenaje purulento, cultivo (+); y uno de los siguientes signos o síntomas: dolor o malestar, eritema, calor, herida abierta por el cirujano, inflamación localizada, diagnóstico médico.
- Incisional profunda. Incluye fascia y músculos y, al menos, uno de los siguientes criterios: drenaje purulento, dehiscencia espontánea o deliberada de la incisión profunda, con uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre, dolor localizado o sensibilidad con cultivo (+); absceso o infección determinado al examen directo, estudio histopatológico o radiológico, diagnóstico médico.
- Órgano/espacio. Incluye cualquier zona corporal excluyendo piel, tejido celular subcutáneo, fascias y músculos que hayan sido manipulados durante el procedimiento quirúrgico, más uno de los siguientes criterios: drenaje purulento, cultivo (+), absceso por observación directa, diagnóstico radiológico o histopatológico, diagnóstico médico.

### INFECCIÓN VASCULAR:

#### Arterial o venosa

- Criterio 1: cultivo (+) de arteria o vena retirada por flebotomía y hemocultivos no realizados o negativos.
- Criterio 2: evidencia clínica durante el acto operatorio.
- Criterio 3: uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre, dolor, eritema o calor sobre sitio vascular y más de 15 UFC en cultivo de catéter por test de rotación, y hemocultivos (-) o no hechos.
- Criterio 4: drenaje purulento en sitio vascular o hemocultivos (-) o no hechos.



70-46.05

## INFECCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA:

### Endometritis

- Criterio 1: cultivo positivo de fluido o tejido endometrial obtenido por vía quirúrgica, aspiración o biopsia legrado.
- Criterio 2: al menos dos de los siguientes signos o síntomas: fiebre, dolor abdominal, malestar uterino o drenaje purulento del útero.

### Episiotomía

- Criterio 1: drenaje purulento y/o absceso de episiotomía.

## INFECCIÓN SISTÉMICA:

### Bacteriemia

- Criterio 1: aislamiento de uno o varios microorganismos en los hemocultivos sin foco primario.
- Criterio 2: fiebre, escalofríos o hipotensión y, al menos, uno de los siguientes criterios: contaminante de la piel aislado en dos o más series de hemocultivos; contaminante de la piel aislado en un hemocultivo de paciente con línea intravascular y el médico instituye terapia antimicrobiana.

## INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTERES:

### Infección localizada

- Infección en el sitio de inserción. Exudado en el sitio de inserción o eritema alrededor del reservorio de un catéter completamente implantado.
- Infección del túnel. Celulitis a lo largo del tracto subcutáneo del catéter.
- Colonización del catéter. Crecimiento significativo de un componente del catéter (punta, segmento subcutáneo, etcétera) por cultivo cuantitativo.

### Infección sistémica



## 70-46.05

- Septicemia asociada a catéter. Crecimiento concordante entre los cultivos obtenidos del catéter ( $>15$  UFC/ml por técnica de rotación), o el exudado de la inserción y los hemocultivos.
- Tromboflebitis séptica. Infección en la vena canulada usualmente asociada con un vaso embolizado y drenaje venoso purulento.

### 5. CLASIFICACION DE LAS HERIDAS

**HERIDA LIMPIA CONTAMINADA:** es la incisión en la que hay penetración del tracto gastrointestinal, urinario o respiratorio. Se espera no más de 9% de infección, principalmente en la resección de intestino delgado.

**HERIDA CONTAMINADA:** es aquella en la que se encuentra inflamación aguda o derramamiento macroscópico desde una víscera hueca e incluye la herida traumática reciente. Se espera no más de 18% de infecciones, principalmente en histerectomía abdominal con derrame macroscópico de secreción vaginal, cesárea con derrame macroscópico de líquido amniótico más ligadura de trompa.

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

### 6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Se pretende determinar los siguientes parámetros:

- Tasa de global infección intrahospitalaria: La tasa global de IIH, se define como el número de infecciones intrahospitalarias respecto al número de pacientes que egresaron del Hospital Santa Margarita.
- Proporción de infección intrahospitalaria. Se determinará de acuerdo a donde se presente la infección intrahospitalaria y se clasificará de la siguiente manera.
  - Se tendrá en cuenta el servicio de donde viene remitido y el origen de la infección.
  - Proporción de infecciones intrahospitalarias por localización anatómica. Se separarán en los siguientes sitios anatómicos.
    - Infecciones respiratorias bajas y altas.

## 70-46.05

- Catéteres
- Gineco-obstétricas (endometritis, etc.)
- Urinaria. Alta y baja
- Piel tejidos blandos.
- Proporción de infecciones intrahospitalarias por microrganismos realizará con el fin de determinar los gérmenes más frecuentes
  - Agente etiológico

Cualquier agente bacteriano, micótico, viral o parasitario puede ser causante de infección en el medio hospitalario.

Clasificación en:

- Patógenos convencionales: aquellos que causan enfermedades en personas sanas susceptibles; pueden generar epidemias en el medio hospitalario.
- Agentes condicionales: que producen enfermedades en personas con disminución de las defensas ocasionada por procedimientos invasivos, terapias depresoras, etcétera.
- Gérmenes oportunistas: los que causan enfermedades en personas con profunda disminución de las defensas como en pacientes en unidades de cuidados intensivos, recién nacidos, quemados, con trastornos hematológicos (leucopenia, agranulocitosis), VIH/sida, etcétera.

Sospecha o confirmación de modo de transmisión

- Por contacto directo: transferencia física directa de un microorganismo de una persona infectada a una susceptible (transmisión persona-persona).
- Por contacto indirecto: a través de vehículos: contacto de persona susceptible con un objeto contaminado como vendas, ropas, sondas, instrumentales, monitores, etcétera (transmisión objeto-persona).
- Vectores: transmitidos por picaduras de artrópodos e insectos infectados como ácaros, piojos, pulgas, chinches, garrapatas, mosquitos, moscas, cucarachas, etcétera.



## 70-46.05

- Aerotransportados: como las gotas de secreciones oro nasales.

### DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Existen diversos factores de riesgo:

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

**Exógenos como:**

- La virulencia de la cepa: determinada por la patogenicidad de las especies y el número de microorganismos. Generalmente los agentes infecciosos adquiridos en el medio hospitalario pueden presentar más patogenicidad y/o virulencia y ser más resistentes a los antibióticos y/o antisépticos.
- Inherentes a la institución: incluyen la planta física, su mantenimiento (el medio ambiente cuando no es el adecuado puede propiciar la permanencia y transmisión de los microorganismos patógenos), el cumplimiento de protocolos, el volumen y rotación del personal y el cumplimiento estricto por parte de este de todas las normas de bioseguridad pertinentes.

### DEFINICIONES DE CASO

- **Caso sospechoso:** Paciente hospitalizado sin infección manifiesta o con infección diferente al momento del ingreso, que posteriormente presente fiebre, material purulento u otros signos o síntomas de infección durante el periodo de hospitalización o 72 horas después del egreso. En caso de cirugía con implante de prótesis, se considera caso sospechoso hasta doce meses después del egreso.
- **Caso probable:** Es el caso sospechoso cuya historia clínica muestra que la enfermedad objeto de su ingreso no es la causa de la infección descubierta y el periodo de

## 70-46.05

incubación del proceso infeccioso o su inicio se encuentra incluido dentro del tiempo de hospitalización.

- **Caso confirmado:** Es el caso probable en el que se ha identificado, al menos, uno de los siguientes aspectos: la cadena de transmisión; los contactos; la fuente de infección; el modo de propagación; el mecanismo de transmisión, con o sin aislamiento del agente etiológico.
- **Por laboratorio:** es el caso probable con resultados de laboratorio positivos para el agente etiológico.
- **Caso compatible:** Es un caso probable sin confirmación de laboratorio, con resultados parciales no concluyentes y sin asociación epidemiológica. Un buen sistema de vigilancia epidemiológica debe tener el mínimo número de casos compatibles, ya que el seguimiento debe permitir, en lo posible, la clasificación como confirmado o descartado.
- **Caso descartado:** Es el paciente en el que se comprueba que ingresó con la infección, la tenía en proceso de incubación, la adquirió después del egreso o el cuadro clínico que la hizo clasificar como probable no era de etiología infecciosa intrahospitalaria.

## 7. INDICADORES DE EVALUACIÓN

### 7.1. INDICADOR DEFINICIÓN OPERATIVA

- Tasa de flebitis infecciosas asociada a catéter periférico.
- Tasa de infección del torrente circulatorio asociado a línea central.
- Porcentaje de adherencia a higiene de manos.
- Tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical.
- Índice global de infección asociada a la atención en salud.
- Tasa de neumonía asociada a ventilador.



70-46.05

**7.2. INDICADOR DEFINICIÓN COSTOEFECTIVA:**

- COSTO PROMEDIO ADICIONAL:** Por sumatoria de los costos adicionales que requirió el paciente por estar hospitalizado por infección intrahospitalaria.
- AUMENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA:** Número de días que permanece el paciente con HII en un periodo / total de pacientes hospitalizados en la clínica en el mismo periodo por 100.
- PORCENTAJE DE CASOS INVESTIGADOS:** Total casos de IIH investigados y analizados en un periodo / Total casos reportados de IIH en el mismo periodo x 100.
- ESPECIFICIDAD DEL SISTEMA:** Total casos confirmados por laboratorio / Total casos sospechosos x 100.
- PORCENTAJE DE CASOS CON CULTIVOS POSITIVOS:** Total de casos de HII con cultivos QUE SE AISLÓ EL AGENTE / Total cultivos en el mismo periodo x 100.
- OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE LA MUESTRA:** Diferencia entre la fecha de inicio de la infección y la toma de la muestra
- OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DEL RESULTADO DE LA MUESTRA:** Diferencia entre la fecha de envío de la muestra y la fecha de recibo del resultado.

Toda la información documentada en el formato de recolección se introducirá en Excel con el fin de calcular los indicadores de evaluación.

**HIGIENE DE LAS MANOS:** Todas las personas que participen en el procedimiento operatorio deben proceder a la desinfección de las manos para intervenciones quirúrgicas, según el protocolo institucional de lavado de manos.

**TÉCNICA ASÉPTICA:** La atención del parto se realizará de forma de prevenir el acceso de microorganismos a la cavidad uterina. La atención de partos se realizará en los sitios quirúrgicos o salas de parto utilizando técnica aséptica que incluye:

- Uso de gorro, mascarilla,
- Lavado de manos quirúrgico
- Uso de guantes estériles



## 70-46.05

- Uso de material estéril
- Uso de campos estériles que impidan el contacto del material estéril con superficies no estériles.

## 8.PREVENCIÓN DE FLEBITIS INFECCIOSAS QUÍMICAS Y MECÁNICAS

### 8.1 CLASIFICACIÓN DE LA FLEBITIS DE ACUERDO CON LA ETIOLOGIA

**FLEBITIS:** Corresponde a la inflamación en la pared de una vena que se produce generalmente como consecuencia de una mala circulación o por las malas prácticas clínicas durante los procedimientos de Venopunción y que puede llegar a ser potencialmente peligrosa en la medida de que de la zona afectada se desprenda un trombo.

Pueden ser de dos tipos: superficial y profunda siendo estos últimos los menos comunes pero los más graves y difíciles de manejar. Se caracterizan por producir: inflamación local en el sitio de punción, dolor en la parte afectada del cuerpo, enrojecimiento de la piel, calor y sensibilidad sobre la vena.

**FLEBITIS MECÁNICA:** Es el tipo de flebitis más común, su aparición es dentro de las primeras 12 horas, es una irritación en la capa interna de la vena, en el sitio de punción, causada por el contacto con el material del catéter (traumatismo), o por el movimiento del catéter dentro de la vena con fijación inadecuada del mismo (Inmovilización) o por la inserción de un catéter de gran calibre en una vena pequeña.

### BARRERAS PARA PREVENIR LA FLEBITIS MECÁNICA:

- Elegir el número del catéter de acuerdo al tamaño de la vena del paciente a puncionar.
- En el caso de no conseguir el acceso venoso en el intento de punción, retirar el catéter y buscar otra vena evitando movilizar el catéter dentro de la luz del vaso.
- . Realizar adecuada inmovilización de la vena canalizada.
- . Si se encuentran signos de irritación local, se debe retirar el catéter y cambiar a otro sitio de punción alejado.



## 70-46.05

**FLEBITIS QUÍMICA:** Se produce de manera inmediata, es una irritación del endotelio vascular originado por el contacto con soluciones hipertónicas o medicamentos con PH ácido o alcalino. (Antibióticos, soluciones de potasio). También puede desarrollarse cuando la solución del preparado para la piel no se deja secar antes de la Venopunción, arrastrándolo hacia el interior de la vena.

### BARRERAS PARA PREVENIR LA FLEBITIS QUÍMICA:

- Dejar secar el alcohol al 70% utilizado para realizar la asepsia para canalizar una vena.
- Se debe realizar la evaluación cada vez que se cambia la infusión o se administre un medicamento.
- Si se encuentra signo de irritación local, se debe retirar el catéter y cambiar a otro sitio de punción alejado.

**FLEBITIS BACTERIANA:** Se evidencia después de las 72 horas. Inflamación originada por cualquier tipo de microorganismo, generalmente causada por la falta de aplicación de una adecuada técnica aséptica en el momento de la inserción del catéter o manipulación inadecuada del mismo.

### BARRERAS PARA PREVENIR LA FLEBITIS BACTERIANA:

- Realizar una adecuada asepsia previa a la Venopunción.
- Los catéteres y líneas de infusión instaladas en situaciones de emergencia, en los que las técnicas de asepsia no fueron controladas, deben ser cambiados en cuanto sea posible en las primeras 12 horas.
- El micropore se debe reemplazar cada vez que se humedezca, esté despegado o sucio.
- Los pacientes adultos y pediátricos con catéteres intravenosos deben ser evaluados permanentemente en el sitio de inserción, por medio de la inspección y/o de la palpación para verificar: calor, sensibilidad, eritema y cordón venoso palpable.
- Si hay sospecha o evidencia de complicaciones relacionadas con el catéter, este debe ser reemplazado cambiando el sitio de punción de inmediato.

**70-46.05**

## **9. CUIDADOS CON LOS ELEMENTOS DE VENOPUNCIÓN**

Al igual que el catéter, los equipos de perfusión se deben cambiar cada 72 horas. Esto incluye equipos de macro y micro goteo, llaves de tres vías (si aplica), buretros, conexiones y se deben marcar con la respectiva fecha de cambio.

El sistema de perfusión, compuesto por las líneas y catéter; cualquier otro accesorio (buretros, etc.) debe manejarse como circuito cerrado. La administración de medicamentos se haría en los puntos especialmente diseñados para la punción o a través de dispositivos especiales con previa desinfección de los mismos con alcohol antiséptico al 70%. Todas las entradas al sistema deben mantenerse cerradas con la tapa estéril.

- Realizar desinfección de portales y tapones antes de puncionar para la administración de medicamentos o toma de muestras.

**Tabla 1.** Frecuencia del cambio de los elementos de Venopunción.

<b>ELEMENTOS</b>	<b>FRECUENCIA DE CAMBIO</b>
Micropore.	Cada vez que se humedezca.
Catéter.	Cada 72 y en casos especiales de pacientes de difícil canalización Hasta 96 horas.
Sitio de Punción.	Cada vez que se cambia el catéter o hay evidencia de flebitis.
Equipo Macro goteo y Micro goteo.	Cada 72 horas.
Buretrol.	Cada 72 horas.
Soluciones parenterales.	Cada 24 horas como máximo.
Equipo bomba de infusión.	Cada 72 horas

**70-46.05**

**Tabla 2.** Clasificación de la flebitis de acuerdo con las características clínicas

CLASIFICACIÓN	CARACTERISTICAS
0	No hay síntomas clínicos
1	Eritema, con o sin dolor. Edema puede o no estar presente. No hay formación de estrías, no hay cordón venoso palpable
2	Eritema, con o sin dolor. Edema puede o no estar presente. Formación de estrías. No hay cordón venoso palpable.
3	Eritema, con o sin dolor. Edema puede o no estar presente. Formación de estrías. Cordón venoso palpable.

#### a. CUIDADOS EN CASO DE PRESENTARSE INFECCION O FLEBITIS

Cuando existe evidencia de flebitis o sospecha infección o infiltración:

- Retire el acceso venoso.
- Informe al médico.
- Realice limpieza del sitio de inserción con solución salina.
- Controle temperatura del paciente.



## 70-46.05

- Aplique frio a nivel local de manera indirecta (cubierto con gasa y/o compresa).
- Administre medicamentos según orden médica para alivio del dolor si es el caso
- Realice nota de enfermería describiendo las características clínicas de la flebitis, infiltración y actividades realizadas y evolución.
- Reporte el Evento Adverso al referente de seguridad de paciente.

### b. INDICACIONES DE LA VENOPUNCIÓN:

- Restaurar o mantener el balance hidroelectrolítico.
- Administración de medicamentos intravenosos.
- Toma de muestras de sangre.
- Transfusión de sangre y sus derivados.
- Mantener una vía venosa permeable para casos de emergencia.

### c. PRECAUCIONES PARA TENER EN CUENTA AL REALIZAR AL VENOPUNCIÓN:

- Higiene de manos antes de realizar el procedimiento.
- Aplicación de técnica aséptica en la zona elegida para la venopunción.
- No uso de joyas en manos (pulseras, anillos, reloj).
- Uñas cortas y sin esmalte.
- Aplicación de normas de bioseguridad.
- Todas las punciones venosas deben realizarse con guantes limpios.
- Manejo correcto de residuos hospitalarios.
- Se debe elegir el catéter adecuado con respecto a la vena, o situación de salud del paciente, de tal forma que se cumpla con el objetivo de la punción y se evite trauma o irritación local. Usar catéteres de pequeño calibre y longitud (22 – 24) para la administración de antibióticos y sustancias irritantes e introducirlo en una vena de buen calibre (gruesa) para facilitar la hemodilución y reducir la inflamación de la vena.



## 70-46.05

- Se debe tener en cuenta los volúmenes de solución a administrar, características del paciente (por ejemplo, edad) y medicamentos.
- Cuando se prevé que el paciente de acuerdo a su condición de salud requiere el mantenimiento de una vena permeable permanente para transfusiones sanguíneas (en otro nivel de complejidad) se debe instalar un catéter de calibre 18 o 16 para paciente adulto.
- Una Venopunción en la mano es la adecuada para catéteres de calibre pequeño, como el 22 y el 24. Para la inserción de catéteres de mayor calibre están indicados el antebrazo y el brazo.
- Evitar en lo posible colocar el catéter en el brazo dominante.
- Evitar en lo posible sitios de flexión (muñeca o codo) con el fin de disminuir el riesgo de extravasación. Si es necesario, aplicar Inmovilización.
- No realizar Venopunción es en miembros particos.
- No puncionar sitios donde haya lesiones de piel como hongos, abrasiones, etc.
- No palpar la zona de inserción después de haber limpiado la piel con la solución antiséptica.
- No puncionar las venas más de dos veces. Solicitar ayuda.

### d. CUIDADOS AL PREPARAR O ALISTAR LOS EQUIPOS Y MATERIALES:

Rotule los equipos de venoclisis y buretroles utilizados, con la fecha del día de instalación y nombre de quien realiza el procedimiento buretroles en la parte inferior y en el equipo de infusión en la parte inferior de la cámara de control de goteo, no obstruyendo la visibilidad.

## 10. PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO (BACTEREMIAS) ASOCIADAS AL USO DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES (PERIFÉRICOS).

Las bacteriemias por catéter se producen porque los microorganismos colonizan el catéter, lo pueden hacer por vía endoluminal y por vía extralimitar, y acceden al torrente sanguíneo.



## 70-46.05

- Contaminación endoluminal: Los microorganismos entran juntamente con la infusión contaminada (el 3% de los casos), o a causa de las manipulaciones de las conexiones de los equipos de infusión (el 10-50% de los casos), colonizan o infectan la luz del catéter y pasan al torrente sanguíneo. Para los catéteres de duración superior a los 8 días, en los que el grado de manipulación de las conexiones es considerablemente superior, esta vía de colonización es la más frecuente.
- Contaminación extraluminal: Los catéteres de duración corta (<8 días) se colonizan por microorganismos de la piel en un 70-90% de los casos. Los microorganismos migran a lo largo de la superficie externa del catéter desde el orificio de entrada en la piel hasta llegar a la punta y al torrente sanguíneo. Infrecuentemente pueden adherirse directamente a la punta del catéter después de circular en la sangre desde un foco de bacteriemia distante y posteriormente, aunque desaparezca el foco primitivo, actuar como un nuevo foco de bacteriemia secundario, se da en el 3-10% de los casos.

Aspectos que indican una infección relacionada con el catéter:

- Cateterismo intravascular en curso al inicio de la sepsis.
- Paciente sin factores de riesgo para sufrir una sepsis.
- Inflamación o secreción purulenta en el lugar de inserción.
- Sepsis donde no se identifica ningún otro foco local de origen.
- Inicio brusco con shock.
- Sepsis refractaria a tratamiento antibiótico o que cede al retirar el catéter.

Como consecuencia de una bacteriemia o de una candidemia persistente se pueden presentar metástasis sépticas a diversos puntos del organismo como la endocarditis secundaria, osteomielitis o una trombosis séptica. A causa de estos focos puede persistir la bacteriemia después de retirar el catéter.



70-46.05

## 11. PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS ASOCIADAS AL USO DE SONDAS.

### a. INDICACIONES DEL SONDAJE VESICAL

- Control de diuresis en pacientes con shock u oliguria o si requieren diuresis forzada, etc. (para evaluar estado hemodinámico).
- Retención urinaria (utilizando sonda permanente hay más episodios de infección urinaria que si se emplean sondajes intermitentes, pero estos dan más frecuentemente episodios de retención).
- Algunos casos de cirugía mayor o cirugía sobre la uretra.
- Cistografías retrógradas.
- Casos especiales de incontinencia urinaria (suele ser preferible la utilización de pañales hidrófugos y/o colector).

### b. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA POR USO DE CATÉTERES

- Las sondas vesicales deben usarse cuando claramente se necesitan y no simplemente por conveniencia. Deben retirarse cuando ya no se necesitan.
- Las infecciones ocurren con menos frecuencia con el uso de auto cateterismo intermitente en comparación con una sonda o catéter permanente.
- El cuidado de rutina de la sonda permanente debe incluir una limpieza diaria del área de la uretra y de la sonda con agua y jabón. Limpie cuidadosamente la zona después de cada defecación para prevenir una infección. Los expertos ya no recomiendan el uso de ungüentos antimicrobianos alrededor de la sonda, ya que no se ha demostrado que realmente reduzcan las infecciones.
- Aumente la ingesta de líquidos a 3,000 cc de líquido al día, a menos que presente un problema de salud que prohíba este incremento. Igualmente, mantenga siempre la bolsa de drenaje a un nivel más bajo que la vejiga para evitar un reflujo de la orina hacia este órgano.



## 70-46.05

- Vacíe el dispositivo de evacuación por lo menos cada 8 horas o cuando esté lleno y tenga cuidado para evitar que la válvula de salida se infecte. Lávese las manos antes y después de manipular este dispositivo.

### ADOPCIONES ALTAMENTE RECOMENDADAS:

- Educar al personal respecto a las técnicas de inserción y mantenimiento de las sondas.
- Evitar los sondajes innecesarios.
- Lavarse las manos antes y después de cualquier manipulación de la sonda.
- Insertar la sonda de forma aséptica utilizando un equipo y guantes estériles.
- Fijar la sonda después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral.
- Utilizar sistemas de drenaje cerrado, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa.
- Si es necesaria la irrigación, se usará un método de irrigación intermitente.
- Las muestras de orina se obtendrán por métodos asépticos.
- Se mantendrá siempre un flujo urinario constante, libre de obstáculos.

### 12. ESTADO GENERAL DEL PACIENTE:

Existe una gran variedad de factores sistémicos que pueden aumentar el riesgo de infección. En general es importante poder identificar los que pueden ser modificados para así llevar al paciente a cirugía con el menor número de factores positivos. Se deben evitar infecciones concomitantes y mantener un control adecuado de la glicemia en pacientes diabéticos. La nutrición del paciente debe ser valorada de manera pre-operatoria, pues si se encuentra afectada va a demorar el proceso de cicatrización aumentando el riesgo de infección. Finalmente, el estado hemodinámico, respiratorio y hematológico (hematócrito) debe ser valorado para así asegurar un buen aporte de O<sub>2</sub> al tejido que va a cicatrizar.

**70-46.05**

### **13. PREVENCIÓN EN GENERAL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**

La prevención de las infecciones nosocomiales exige un programa integrado y vigilado, que incluya los siguientes elementos clave:

- Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes que reciben atención directa por medio de prácticas apropiadas de lavado de las manos, uso de guantes y asepsia, estrategias de aislamiento, esterilización, desinfección y lavado de la ropa.
- Controlar los riesgos ambientales de infección. Proteger a los pacientes con el uso apropiado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación.
- Limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de los procedimientos invasivos y fomento del uso óptimo de antimicrobianos.
- Vigilar las infecciones e identificar y controlar brotes.
- Prevenir la infección de los miembros del personal.
- Mejorar las prácticas de atención de pacientes seguidas por el personal y continuar la educación de este último.
- El control de infecciones es una responsabilidad de todos los profesionales de salud, a saber, médicos, personal de enfermería, terapeutas, farmacéuticos, ingenieros.

### **14. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO**

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

### **15. REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN DE UNA PERSONA A OTRA**

**LAVADO DE MANOS:** La importancia de las manos en la transmisión de las infecciones asociadas a la atención en salud está bien demostrada y puede reducirse al mínimo con



## 70-46.05

medidas apropiadas de higiene, se debe aplicar las indicaciones de lavado de mano clínico de los cinco momentos que define la OMS:

- Antes de tocar al paciente
- Antes de realizar una tarea limpia-aséptica
- Despues del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Despues de tocar al paciente
- Despues del contacto con el entorno del paciente

## 16. IMPLEMENTACION DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS

### 16.1 LAVADO CLINICO

- Retira de sus manos y brazos anillos, pulseras, relojes y cualquier otro objeto de sus manos.
- Abre la llave del agua (pedal o grifo).
- Humedece las manos
- Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies.
- Frótese las palmas de las manos entre si
- Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.



## 70-46.05

- Enjuaga las manos sin tocar una contra la otra.
- Seca solo con las toallas de papel dispuestas para este fin. (No utilice los uniformes, batas u otros elementos para el secado). Use la toalla para cerrar el grifo.

### 16.2 LAVADO QUIRURGICO

- Retirar de las manos y brazos anillos, pulseras, relojes y cualquier otro objeto de sus manos (al iniciar la jornada laboral).
- Abra la llave del agua (pedal o grifo).
- Humedezca las manos.
- Presione la válvula del dispensador del Jabón quirúrgico, y reciba en su mano contraria una cantidad suficiente que vaya entre 3 a 5 cm<sup>3</sup>, lo esperarse friccionando durante 30 segundos.
- Aplique en toda la superficie de las manos siguiendo un orden así:
  - Frote palma con palma haciendo buena fricción
  - Frote palma dorsos e interdigitales con la mano contraria.
  - Frote palma e interdigitales
  - Frote los dedos entrelazados en “candado” con movimientos contrarios.
  - Frote con movimientos de rotación los dedos pulgares de la parte proximal a la distal.
  - Frote puntas de los dedos y uñas contra la palma de la mano contraria.
  - Frota la muñeca hasta la tercera parte del antebrazo en forma circular, de la parte distal hacia la proximal, sin devolverse.
- Enjuaga las manos sin tocar una contra la otra, permitiendo que el agua se deslice desde los dedos hacia los codos.
- Seca solo con las toallas de papel dispuestas para este fin. (No utilice los Uniformes, batas u otros elementos para el secado). Use la toalla para cerrar el grifo.

Este lavado de manos tendrá una duración de 5 minutos y se realiza cuando:

## 70-46.05

- Participe en procedimientos quirúrgicos.
- Procedimientos clasificados como estériles o Antes de todo procedimiento que
- Requiera técnica aséptica.

## 17 HIGIENE PERSONAL

Todo el personal, debe mantener una buena higiene personal. Debe tener las uñas limpias y cortas y abstenerse de usar uñas falsas. Debe llevar el pelo corto o sujeto con ganchos, y tener la barba y el bigote cortos y limpios.

- ROPA ADECUADA:** El personal puede usar normalmente un uniforme particular o ropa de calle cubierta con una bata blanca. En otras unidades, las mujeres pueden usar un vestido de manga corta. El uniforme de trabajo debe fabricarse de material fácil de lavar y descontaminar. En lo posible, se debe usar un uniforme limpio todos los días. Hay que cambiarse de uniforme después de la exposición a la sangre o cuando se moje por sudor excesivo o por exposición a otros líquidos.
- ZAPATOS:** En las unidades asépticas, el personal debe usar zapatos especiales, fáciles de limpiar.
- GORROS:** En las unidades asépticas o durante la realización de ciertos procedimientos invasivos, el personal debe usar gorros o capuchas que cubran totalmente el pelo.

## 18 PREVENCIÓN DE LA TRASMISIÓN POR EL MEDIO AMBIENTE

Para reducir al mínimo la transmisión de microorganismos por el equipo y el medio ambiente, es preciso establecer métodos adecuados de limpieza, desinfección y esterilización (definidos en el protocolo de desinfección y manual de Bioseguridad). En la institución se tiene normas y procedimientos por escrito, actualizados a intervalos regulares.

## 19 BIBLIOGRAFÍA

- BARBARA M. Soule, Elaine L. Larson, Gary A. Preston INFECCIONES Y PRACTICA DE ENFERMERIA PREVENCION Y CONTROL



## 70-46.05

- Carrero Caballero MC. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros
- Álvaro Pascual et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones asociadas a catéteres intravasculares. 2004. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Editores:
- Resolución 2003 de 2014
- Política Nacional de Seguridad del Paciente
- Manual: patient Safety Component Protocol 2007
- Editorial Mosby/Doyma Libros Inserción de catéter venoso periférico. [en línea] Procedimientos de enfermería. H. U. 12 de octubre. Marzo 2004.
- DAE (Madrid).2002
- Cercenaedo y Rafael Cantón. [www.seimc.org/protocolos/microbiologia/cap15.htm](http://www.seimc.org/protocolos/microbiologia/cap15.htm)
- Ministerio Protección Social, Republica de Colombia
- Paquete instruccional del Ministerio de Salud
- The National Healthcare Safety Network, (NHSN).

## CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jefe de Urgencias	Jefe de Oficina Asistencial	Gerente



70-46.05

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	16/11/2024	40	Calidad	Creación del documento por Vanessa Santamaría – Jefe de Urgencias Revisado por Claudia Ximena Castro – jefe de Oficina Asistencial Aprobado por Stefany Aicardo Solis - Gerente
2	18/12/2024	40	Calidad	Actualización por Duvan Felipe Ochoa Toro – Líder de Calidad