

CURSO ANUAL DE AUDITORIA MEDICA 2016

MONOGRAFIA

"CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION
SANITARIA"

DOCENTE: Dr ORLANDO, Agustin

ALUMNOS:

CUELLO, Paola (Personal administrativo)

MAMANI, Matías (Aux de Enfermería)

MAMANI, Cintia (Estudiante)

RUEDA, Romina (Enfermera)



*"INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION
SANITARIA"*

INDICE

1- PROLOGO	pág. 4
2- INTRODUCCION	pág. 5
3- MARCO TEORICO	pág. 6
3.1- Definición	pág. 6
3.2- Epidemiología Argentina	pág. 6
3.3- Impacto económico de las IAAS	pág. 7
3.4- Objetivo general del control de las IAAS	pág. 7
3.5- Objetivo específicos del control de las IAAS	pág. 7
3.6- Factores de Riesgo para la transmisión de las IAAS	pág. 8
3.7- Modos de transmisión de las IAAS	pág. 9
3.8- Vigilancia	pág. 10
4- GESTION	pág. 13
4.1- Indicadores	pág. 13
5- CONCLUSION	pág. 15
6- APENDICE	pág. 16
6.1- Resoluciones de la Asamblea mundial de la salud	pág. 16
6.2- Informe de la OPS	pág. 17
6.3- Programa VHIDA	pág. 18
7- GLOSARIO	pág. 19
8- BIBLIOGRAFIA	pág. 23

1- PROLOGO

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- INTRODUCCION

Las Infecciones Asociadas a la atención Sanitaria (IAAS) ocurren a nivel mundial y afectan tanto a los países desarrollados, como a los países pobres, aunque las tasas de infección en hospitales del mundo en desarrollo son mucho más altas que las de países desarrollados

Las IAAS están entre las causas de muerte más frecuentes y producen un aumento de la morbilidad entre los pacientes hospitalizados. Estas infecciones prolongan la estadía en el hospital, causan discapacidad a largo plazo, aumentan la resistencia a antibióticos, e incluso causan muerte. Ellas son una carga significativa tanto para el paciente como para todo el sistema de salud.

A pesar de los cuidados en las instituciones sanitarias, las infecciones continúan desarrollándose en los pacientes hospitalizados y también pueden afectar al personal del hospital.

Muchos factores favorecen la infección entre los pacientes hospitalizados: la inmunidad disminuida entre los pacientes; la variedad creciente de procedimientos médicos y técnicas invasivas que crean las vías potenciales para la infección; y la transmisión de bacterias resistentes a las drogas antibacterianas más usadas entre poblaciones de hospitales. El control inadecuado de las infecciones pueden facilitar la transmisión de las IAAS

El objetivo de la siguiente monografía es abordar el tema para poder hacer una reflexión acerca de esta problemática que representan las IAAS y de su impacto en los costos del financiador y en la calidad de la atención brindada por el prestador.

3- MARCO TEORICO

3.1- DEFINICION

Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.

Son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS. La carga de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.

Cada día, las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias.

3.2 EPIDEMIOLOGIA ARGENTINA:

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, con el fin de vigilar 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).

3.3- IMPACTO ECONOMICO DE LAS IAAS

La OMS calcula que las infecciones asociadas a la atención en salud en Inglaterra generan un costo de 1.000 millones de libras por año, en Estados Unidos, la cifra es de entre 4.500 millones y 5.700 millones de dólares y en México el costo anual se aproxima a los 1.500 millones de pesos mexicanos.²⁵ Según estudios, para el año 2007 en Inglaterra el 8,2% de los pacientes adquirieron una IAAS, por su parte, en Estados Unidos se estima que un 5%, con un costo de USD\$4.5 billones por año.²⁶ En Colombia, durante el periodo comprendido entre 2006 y 2010, se llevó a cabo un estudio del impacto en costos de infección por *Acinetobacter baumannii* el cual reveló que en costos directos (los pagados por las IPS o aseguradoras para la atención del paciente) se gastan aproximadamente de 13 a 15 millones de pesos por paciente. En 2009 la inversión total para el manejo de pacientes con IAAS por este patógeno alcanzó los 727 millones de pesos, que se podrían haber invertido en prevención sin acarrear pérdidas humanas. En cuanto a costos indirectos (los asumidos por las familias de los pacientes), se calculó un adicional de 75 mil pesos, que puede llegar a ser hasta la tercera parte del SMMLV en el caso de un paciente hospitalizado hasta 14 días y que aumenta de manera proporcional al tiempo de estancia hospitalaria del paciente.

3.4- OBJETIVOS GENERAL DEL CONTROL DE LAS IAAS

Prevenir la aparición de tales infecciones entre pacientes, personal sanitario, visitas y otras personas asociadas a los establecimientos de salud.

3.5- OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL CONTROL DE LAS IAAS

Conformar un comité de prevención y control de IAAS estructurado y operativo, que asesore al gerente en la toma de decisiones para la prevención y el control de las IAAS. Los elementos básicos de este comité son autoridad delegada de la administración del hospital o su equivalente. Personal calificado de dedicación exclusiva (profesionales adiestrados en control de infecciones) Funciones y ámbito de la prevención y control de infecciones definidos. Presupuesto suficiente para realizar las tareas programadas.

Mantener las tasas de las principales infecciones endémicas del hospital por debajo de un umbral determinado: infección quirúrgica; infección de torrente sanguínea asociada a catéter venoso central; infección urinaria asociada a cateterización vesical permanente, e infección respiratoria asociada a ventilación mecánica.

Detectar tempranamente y manejar los brotes y organizar una respuesta rápida y eficaz mediante: Fortalecimiento de los laboratorios de microbiología. Detección y control de brotes epidémicos. Vigilancia de la resistencia antimicrobiana de los microorganismos hospitalarios.

Contribuir a una respuesta coordinada para controlar las enfermedades infecciosas sean endémicas o epidémicas, mediante: Recomendaciones para el uso racional de los antibióticos. Procedimientos normatizados para la desinfección y esterilización. Supervisión y control de la higiene y limpieza hospitalarias. Elaboración de protocolos y revisión de procedimientos para las infecciones asociadas a la atención de la salud. Control de enfermedades transmisibles. Establecer política de vacunación del personal sanitario. Formación continuada del personal de salud en infecciones nosocomiales.

3.6- FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA IAAS

A- Agentes:

Las infecciones pueden ser causadas por microorganismos contraídos de otra persona en el hospital o por la propia flora del paciente. Puede ser transmitidas por un objeto inanimado o por sustancias recién contaminadas provenientes de otro foco humano de infección.

Las bacterias constituyen el grupo de microorganismos más frecuentes y peligrosos en el medio hospitalario, entre las principales se encuentran: *Estafilococos aureus*, *Estafilococos coagulasa negativos*, *Enterococos*, *enterobacterias*, *Acinetobacter*, *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemes o productora de carbapenemasas (KPC).

Los virus han cobrado especial interés por la aparición de nuevos agentes epidémicos y de elevada letalidad.

B- Factores ambientales

El ambiente hospitalario requiere cuidado, exigencia y control de áreas muy específicas que necesitan además una atención especializada y un control específico por parte del propio hospital. Los elementos a tener en cuenta son: Climatización en áreas de riesgo. Agua. Residuales peligrosos. Control de vectores. Alimentos. Ambiente físico alrededor de la institución

C- Huésped susceptible

La edad. El grado de compromiso que presenta la enfermedad de base o comorbilidad (ej., las enfermedades cardiovasculares favorecen el desarrollo de procesos neumónicos); El estado inmunológico. El estado nutricional. La duración de la hospitalización. Las técnicas invasivas. No cumplimiento de normas en los procedimientos invasivos. El hacinamiento en los servicios. Déficit de agua, ropa, utensilios de limpieza, etc. Déficit de material gastable en áreas de riesgo

D- Resistencia microbiana

La resistencia a los antimicrobianos (o farmacoresistencia) se produce cuando los microorganismos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos, sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces. Los microorganismos resistentes a la mayoría de los antimicrobianos se conocen como multirresistentes.

El fenómeno es muy preocupante porque las infecciones por microorganismos resistentes pueden causar la muerte del paciente, transmitirse a otras personas y generar grandes costos tanto para los pacientes como para la sociedad. La resistencia a los antimicrobianos se ve facilitada por el uso inadecuado de los

medicamentos, como, por ejemplo, cuando se toman dosis insuficientes o no se finalizan los tratamientos prescritos. Los medicamentos de mala calidad, las prescripciones erróneas y las deficiencias de la prevención y el control de las infecciones son otros factores que facilitan la aparición y la propagación de la farmacorresistencia.

3.7- FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISION DE IAAS

El riesgo para desarrollar infecciones durante los procesos de atención en salud, se relaciona directamente con el modo de transmisión de los agentes infecciosos, el tipo de cuidado y las condiciones inmunológicas de base de los pacientes. Entre estos últimos se destacan la presencia de comorbilidades como antecedente de enfermedad neoplásica, diabetes, desnutrición, presencia de quemaduras extensas o trauma. La duración de la exposición, el inóculo y la patogenicidad de los agentes infecciosos también influye significativamente sobre el riesgo de infección. Por otra parte, se ha demostrado que intervenciones pueden influir sobre el riesgo de infección, como la presencia de dispositivos invasivos, la permanencia en servicios de cuidado crítico, exposición a antimicrobianos, terapia inmunosupresora, estancia hospitalaria prolongada y el número incrementado de exámenes y procedimientos. Los pacientes pueden estar en riesgo de infección o colonización con microorganismos a través de varias rutas de transmisión, las cuales pueden conducir a la aparición de un proceso infeccioso asociado a la atención. Los pacientes también pueden representar un riesgo de infección para otros pacientes, trabajadores de la salud y visitantes a causa de su afección

3.8- MODOS DE TRANSMISION DE LAS IAAS:

Existen 3 rutas principales de transmisión de las IAAS: gotas, vía aérea y contacto

A- Transmisión por gotas: ocurre a través del contacto próximo con un paciente. Las gotas respiratorias que transportan agentes patógenos infecciosos transmiten la infección cuando viajan directamente de las vías respiratorias de la persona infectada a la superficie de las mucosas sensibles del receptor, generalmente en distancias cortas. El tamaño de las gotas es >5 micras y se generan cuando una persona infectada tose, estornuda o habla o durante procedimientos como la aspiración, intubación endotraqueal, la inducción de la tos de fisioterapia torácica y la reanimación cardiopulmonar. La distancia máxima para la transmisión de las gotas está actualmente sin resolver y depende de varios factores tales como la velocidad y el mecanismo por el cual son impulsadas desde la fuente, la densidad de las secreciones respiratorias, factores ambientales tales como temperatura y humedad, y la capacidad del patógeno para mantener la infectividad sobre esa distancia, sin embargo se ha definido una zona de riesgo de más o menos 1 metro alrededor del paciente

B- Transmisión por vía aérea o aerosoles: ocurre por diseminación de gotas en el aire que tienen un tamaño <5 micras que contiene agentes infecciosos o que siguen siendo infecciosos a través del tiempo y la distancia (por ejemplo, las esporas de *Aspergillus* spp, y *Mycobacterium tuberculosis*). Los microorganismos transportados en esta forma pueden dispersarse a grandes distancias por las corrientes de aire y pueden ser inhaladas por personas susceptibles que no han estado cara a cara con (o ha estado en la misma habitación) la persona infectada

C- Transmisión por contacto: es el modo de transmisión más común y se puede clasificar en dos subgrupos contacto directo y contacto indirecto.

El contacto directo se produce cuando los microorganismos se transfieren de una persona infectada a otra sin un intermediario, como por ejemplo el contacto directo con trabajadores de la salud que transportan agentes infecciosos durante procesos asistenciales con fluidos corporales, piel o mucosas contaminadas. Se considera que las manos contaminadas del personal sanitario son importantes contribuyentes a la transmisión de microorganismos.

El contacto indirecto implica la transferencia de un agente infeccioso a través de un objeto contaminado o de una persona infectada como por ejemplo el uso de dispositivos, juguetes, prendas de vestir o instrumentos que no están adecuadamente limpios ni cumplen con los adecuados procesos de limpieza y desinfección, de igual manera cuando los alimentos y el agua no se preparan ni se mantienen de acuerdo a los estándares sanitarios, cuando los residuos biológicos y el material contaminado no se disponen de manera apropiada, cuando las preparaciones farmacéuticas no se preparan, almacenan o administran de acuerdo a los estándares sanitarios, entre otros.

3.9- VIGILANCIA

La tasa de infección nosocomial en los pacientes de un hospital es un indicador de calidad y seguridad de los cuidados que se le brindan. El desarrollo de un proceso de vigilancia para supervisar esta tasa es un primer paso esencial para identificar problemas locales y prioridades y evaluar la efectividad de la actividad de control de la infección.

La vigilancia consiste en recoger, procesar, analizar, interpretar, presentar y difundir de manera sistemática y continua los datos sanitarios, incluidos los estudios epidemiológicos relativos a las categorías de enfermedades transmisibles, en particular los relativos a la forma de propagación temporal y espacial de estas enfermedades y el análisis de los factores de riesgo de contraerlas, con objeto de poder tomar las medidas de prevención y lucha pertinentes

A- Elementos de la vigilancia

Detectar y monitorizar: Un sistema de vigilancia estructurado y operativo proporciona el medio (los datos) para establecer la línea base o punto de comparación, que puede ayudar en la detección de brotes en los hospitales al señalar desviaciones significativas con respecto a la tasa basal (endémica).

Identificar los factores de riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud: los datos recopilados pueden usarse para identificar a los pacientes en alto riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias asociadas a determinadas prácticas asistenciales.

Evaluar procedimientos preventivos: tras la puesta en marcha de prácticas preventivas, los datos del sistema de vigilancia pueden usarse para investigar y determinar si las medidas fueron eficaces en relación con el control de las infecciones.

Suministrar información, educar y reforzar buenas prácticas: la presencia continua de un sistema de vigilancia puede mejorar la toma de conciencia entre el personal de salud acerca de las prácticas de prevención de infecciones; asimismo, pueden servir para señalar prácticas de alto riesgo. El uso de los datos de vigilancia del propio hospital ha mostrado tener un efecto beneficioso en la sensibilización del

personal sanitario en relación con las prácticas de prevención y control de infecciones.

B- Planificación y puesta en marcha de un programa de prevención y control de las IAAS

El primer paso de la planificación de un programa de prevención y control de infecciones es la asignación a tal programa de los recursos humanos imprescindibles para la función. Tales recursos varían según el establecimiento de que se trate.

El comité debe colaborar activamente con los servicios clínicos del hospital, salas de hospitalización, quirófanos, farmacia, servicios generales, admisión de pacientes y comité de dirección.

Uno de los aspectos fundamentales del trabajo del equipo es la puesta en marcha de los diversos sistemas de vigilancia establecidos desde del programa de prevención y control de infecciones. Los equipos técnicos deben tener entrenamiento formal en control de infecciones; tiempo asignado de acuerdo con las tareas; autoridad para realizar las tareas necesarias de prevención y control de infecciones, y un presupuesto acorde con otras prioridades de salud y proporcional a sus actividades programadas.

C- Objetivos del programa de prevención y control de las IAAS

Los objetivos del programa de prevención y control de infecciones están relacionadas con las infecciones que afectan a los pacientes, personal sanitario y visitas y son:

Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Observancia de técnicas asépticas eficientes en las prácticas de atención sanitaria: precauciones estándar, selección y uso apropiados de antisépticos y técnicas de los procedimientos clínicos.

Elaboración de pautas y estandarización de prácticas preventivas eficaces de esterilización y desinfección del material clínico, precauciones de aislamiento, uso racional de antimicrobianos y manejo de brotes.

Capacitación de personal sanitario.

Evaluación de la observancia de las prácticas de prevención y control de infecciones.

Garantía de la adquisición de suministros suficientes y de calidad.

Debe especificarse la relación entre las actividades del programa de control de infecciones y otras actividades importantes del hospital, por ejemplo, prevención y contención de la resistencia a los antimicrobianos; tuberculosis, VIH y otros programas de salud pública pertinentes; bioseguridad en el laboratorio; salud ocupacional; calidad de la atención; seguridad del paciente; manejo de desechos y otras cuestiones medioambientales, y derechos del paciente.

Para poner en marcha un programa de vigilancia son comunes a la atención hospitalaria y la ambulatoria de enfermos crónicos, a saber:

Seleccionar la población que se va a vigilar.

Seleccionar los criterios de vigilancia.

Establecer definiciones de casos de las infecciones que se van a vigilar.

Recopilar los datos de vigilancia.

Calcular y analizar las tasas dadas por la vigilancia.

Aplicar métodos de estratificación del riesgo.

Interpretar las tasas de infección asociadas a la atención sanitaria.

Comunicar y usar la información para mejorar las prácticas.

Evaluar el sistema de vigilancia.

4- GESTION

Definimos gestión como las acciones coordinadas y orientadas a lograr objetivos institucionales (eficacia) con el mejor uso posible de los recursos disponibles (eficiencia). Es el proceso mediante cual se planifica, organiza, lleva a cabo y controla la coordinación de todos los recursos disponibles en una organización para el logro de metas y objetivos.

La gestión clínica se traduce en la prestación directa de cuidados de salud a las personas por personal clínico. Bajo la dirección de profesionales médicos y la concertación de equipos multidisciplinarios, es el proceso de toma de decisiones en la atención directa a las necesidades de salud/enfermedad de las personas y que arrojan resultados clínicos.

La gestión de un programa de prevención y control de infecciones hospitalarias debe basarse en resultados. El equipo directivo debe disponer de indicadores de resultado coherentes con lo planificado como parte del programa (medidas, plazos, enfermedades, otros) y analizarlos a la vista de los indicadores de estructura, costos y procesos, con el fin de tomar las decisiones más adecuadas a la situación.

4.1- INDICADORES

Un indicador es un dato con el que se espera reflejar el estado de una situación o de algún aspecto particular, en un momento y espacio determinados. Habitualmente se trata de un dato estadístico (porcentaje, tasa, razón) que sintetiza la información que proporcionan los diversos parámetros o variables que afectan la situación que se quiere analizar.

Indicadores propuestos

Para la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria se propone una serie de indicadores básicos de resultado, proceso, estructura y costos, cuya información puede ser suficiente para evaluar y gestionar tal programa.

Indicadores de Resultado: Infección quirúrgica (IQ). Neumonía asociada a ventilación mecánica (NEU). Infección de tracto urinario asociada a cateterismo urinario permanente (ITU). Bacteriemia asociada a catéter venoso central (BAC). Tasa de resistencia antimicrobiana de los microorganismos vigilados

Indicadores de Proceso: % de reuniones de la comisión de infecciones. % de procedimientos de vigilancia epidemiológica cumplimentados. % de procedimientos de protección personal establecidos. % de procedimientos de aislamiento definidos (Existencia de planes de contingencia. Planificación de la respuesta a emergencias por agentes con potencial epidémico) % de cumplimiento de protocolo de profilaxis quirúrgica con antibióticos

Indicadores de Estructura: Existencia del comité de infección hospitalaria. Existencia de un equipo de prevención y control de infecciones. Disponibilidad de insumos para lavado de manos. Disponibilidad de sala para aislamiento individual o por cohorte de pacientes con lavamanos operativos. Acceso a solución de alcohol-glicerinado, insumos, puertas cerradas y equipos de protección individual

Indicadores de Costo: Costo total del programa. % del costo por concepto de recursos humanos. % del costo de equipamiento. % del costo de insumos (reactivos de laboratorio, medicamentos de reserva, equipos de protección personal, etc.).

5- CONCLUSIONES

Las IAAS constituyen uno de los principales problemas médicos en la práctica diaria por ello es necesario, organizar, capacitar y preparar a los recursos humanos, así como a la estructura física de las distintas instituciones de salud

Es preciso contar con documentación que nos permita establecer métodos seguros de ejecución de las prácticas médicas fundados por la medicina basada en evidencia (Manuales de procedimiento, guías de buenas prácticas, indicaciones)

Las IAAS son eventos que prolongan la estancia hospitalaria de pacientes internados, elevan la morbimortalidad de los mismos y causan mayores gastos económico-humanos que repercute en todos los niveles de la población.

Se debería evitar la ocurrencia de tales infecciones al interior de nuestros centros de salud, para tal efecto contamos con diferentes medidas que reducen satisfactoriamente la frecuencia de las mismas, estas deberían ser cumplidas con estricto control. La primera y más de las medidas es la prevención, a través de los PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS. La segunda cuando ya está instaurada la infección, es el tratamiento con el empleo de antibióticos, el tratamiento debe ser constantemente actualizado, consultado y vigilado, pues así como surgen nuevos fármacos, de la misma forma surgen patógenos más resistentes a los tratamientos convencionales.

6- APENDICE

Siendo la seguridad del paciente un reto mundial, en el año 2002 la 55ª Asamblea Mundial de Salud convocó a los países a prestar mayor atención al tema reforzando sus sistemas de seguridad y control. En 2004 esta asamblea en su versión N° 57 aprobó la creación de una alianza internacional enfocada a mejorar la seguridad del paciente. Una de sus líneas de acción es el reto mundial por la seguridad del paciente que con el programa “Una Atención Limpia es una Atención Más Segura” (2005 – 2006) abarca aspectos relacionados con higiene de las manos, seguridad de las inyecciones, de las intervenciones quirúrgicas, el uso de la sangre y el entorno asistencial. Su tema principal es el de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria producidas a nivel mundial, que se encuentran entre las principales causas de muerte e incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. El programa busca contribuir en la reducción de estas infecciones y lograr el reconocimiento universal de que su control es una base indispensable para la seguridad del paciente. La campaña “Salve Vidas: Límpiense las Manos” es un componente de este programa y se ha enfocado en concienciar a los trabajadores de la salud acerca de la necesidad de que mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos en el momento oportuno, así como de la forma apropiada de limpiarlas con el fin de contribuir en la reducción de la propagación de infecciones potencialmente letales en los establecimientos de atención en salud.

6.1- RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

La elevada carga de morbimortalidad que conllevan las IAAS llevó a la Organización Mundial de la Salud a prestar atención a su prevención y control. Ese interés y compromiso, compartido con los Estados Miembros, se ha traducido en las resoluciones de la Asamblea Mundial:

- WHA48.13 sobre prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles: enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes
- WHA51.17 y WHA58.27 sobre enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles: resistencia a los antimicrobianos y mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos
- WHA54.14 sobre la seguridad sanitaria mundial
- WHA55.18 insta a los Estados Miembros a que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología
- WHA56.19 y WHA58.5 insta a los Estados Miembros a que desarrollen y apliquen planes nacionales de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. La orientación en materia de medidas de control de infecciones es crucial para esos planes.
- WHA58.5 pide al Director General de la OMS que evalúe los beneficios potenciales de las medidas de protección, sobre todo en los contextos de atención sanitaria
- WHA60.26 insta a los Estados Miembros a que elaboren políticas y planes nacionales para aplicar el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores y establezcan los mecanismos y el marco jurídico adecuados para su aplicación, seguimiento y evaluación.

6.2- INFORME OPS

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud.

Según encuestas nacionales recientes de prevalencia de IAAS y datos de los programas de seguimiento de la bacteriemia hospitalaria de varios países europeos, se estima que estas infecciones afectan, en promedio, a 1 de cada 20 pacientes hospitalizados, lo que corresponde a un total anual de 4,1 millones de pacientes; de estos, se estima que unos 37.000 pacientes fallecen cada año en la Unión Europea. Con frecuencia, las IAAS son difíciles de tratar porque son causadas por microorganismos resistentes a los antibióticos.

En la Región de las Américas, los datos de Canadá indican que se contraen unas 220.000 infecciones hospitalarias anuales, que dan lugar a 8.000 muertes relacionadas con esa causa.³ En los Estados Unidos de América, anualmente los costos médicos directos globales de las IAAS oscilan entre US\$ 28,4 mil y \$33,8 mil millones (US\$ de 2007 ajustados por el índice de precios de consumo [IPC] urbano); esta cifra corresponde a entre \$35,7 mil millones y \$45 mil millones, si se utiliza el IPC de los servicios de hospitalización.

Por otra parte, la prevención reportaría un beneficio mínimo de entre \$5,7 mil y \$6,8 mil millones (20% de las infecciones prevenibles, IPC urbano) y máximo, de \$25,0 mil a \$31,5 mil millones (70% de infecciones prevenible (IPC para servicios de hospitalización)).

En América Latina, a pesar de que la infección hospitalaria es una causa importante de morbilidad y mortalidad, se desconoce la carga de enfermedad producida por estas infecciones. Los datos de que se dispone son de trabajos puntuales, que reflejan situaciones específicas de los servicios de salud o, en el mejor de los casos, de algunos países. La experiencia en la Región muestra que en algunos países hay muy buena vigilancia de IAAS en los servicios de salud, pero no hay datos nacionales; otros tienen datos de los servicios de salud y datos nacionales; y otros no realizan vigilancia estructurada de las IAAS en los servicios de salud ni en el nivel nacional. Esta diversidad de la información no permite evaluar el impacto de las acciones en la Región.

Por otra parte, las IAAS repercuten significativamente en los costos asistenciales. En los Estados Unidos, estos costos se estimaron en 4 mil millones (US\$ de 1985) y en el Reino Unido, en UK£ 900 millones por año, asociados con la estancia hospitalaria prolongada y los costos de tratamiento. En América Latina, las IAAS generan un aumento importante de los costos de la atención médica. Por ejemplo, los costos de la atención en unidades de cuidados intensivos por concepto de día cama atribuibles a infecciones nosocomiales en diversos nosocomios de la Región se estimaron en \$1.233.751 y \$1.741.872 en dos hospitales de Argentina (2006); \$40.500, \$51.678 y \$147.600 en tres hospitales diferentes de Ecuador (2006); \$1.090.255 en un hospital de Guatemala (2005); \$443.300 en un hospital de

Paraguay (2006), y \$607.200 en un hospital de Uruguay (2005), para el año indicado entre paréntesis.

Según los resultados del Proyecto Senic, una tercera parte de las IAAS se pueden prevenir al instaurar su vigilancia; por consiguiente, un programa de prevención y control de infecciones (PPCI) eficaz puede reducir sustancialmente los costos de la atención sanitaria y, lo que es más importante, la morbilidad y mortalidad asociada a las IAAS. Varios estudios han mostrado que hay una clara conexión entre la puesta en práctica de programas de vigilancia de la infección hospitalaria y la disminución de las tasas de infección y que esa reducción es consecuencia de cambios en las prácticas asistenciales provocadas por la información generada por el sistema de vigilancia de infecciones nosocomiales.

6.3- PROGRAMA VIHDA:

El Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (**VIHDA**) es el Programa Oficial del Ministerio de Salud de la Nación para el abordaje de la problemática de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en la República Argentina. Fue creado en 1983, por Resolución MS 2885/83. Tiene su sede en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" de Mar del Plata y trabaja en 6 ejes: Docencia, Investigación, Normatización, Vigilancia, Asesoramiento y Educación para la salud.

Desde 2004, las tareas propias del eje vigilancia son enmarcadas en el Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina, que integra una red de hospitales públicos y privados de referencia de las 24 jurisdicciones, que voluntariamente participan del mismo.

El Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina es soportado por una plataforma de software ad hoc que fuera oportunamente denominada, por sus autores, "Sistema VIHDA" (por su sigla Sistema de Vigilancia de IH De Argentina).

El Programa Nacional VIHDA ha conseguido resultados inéditos en este campo en su tiempo de vigencia. Entre ellos, ha contribuido a lograr una significativa disminución de las tasas y ocurrencias de episodios de IH en los hospitales adheridos, una importante disminución en la morbimortalidad y un gran ahorro para los hospitales adheridos a la red. Hasta el 2004 no había estadísticas oficiales representativas respecto de la situación de IH en el país.

Hoy, el Programa Nacional VIHDA cuenta con las estadísticas necesarias y las pone en manos de quien corresponde y en el momento oportuno. Ahora la Argentina conoce, dispone y publica sus indicadores nacionales respecto de IH. Cada hospital adherido puede contar con información para la toma de decisiones y disponer periódicamente de las estadísticas nacionales de IH. La participación de los hospitales en el Programa es voluntaria y reciben gratuitamente la capacitación, el material, el software y el soporte y asistencia técnica necesarios. Para ello es necesario que suscriban el compromiso de adhesión que se puede solicitar desde la página www.vihda.gov.ar

7- GLOSARIO

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorear o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueda alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: Son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.)

FALLAS LATENTES: Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por un miembro de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

COMITÉ DE INFECCIONES: Es la unidad a cargo del programa de control de las infecciones en el hospital. Su competencia abarca todo lo que tiene que ver con la prevención y el control de las infecciones que puedan transmitirse a los pacientes hospitalizados, al personal que trabaja en el hospital y a los visitantes. Su constitución depende de la legislación nacional y las características propias del hospital. En general, este comité deberá estar integrado por técnicos y profesionales de los servicios de medicina, enfermería, farmacia, laboratorio y administración. La conformación debe ser multidisciplinaria e incluir a representantes de los servicios del hospital, tales como limpieza y mantenimiento, nutrición y dietética, esterilización o central de suministro; estos participantes deben ser personas que puedan ser consultadas por miembros del comité de infecciones para solucionar problemas o proponer medidas preventivas. Es recomendable que el servicio de medicina intensiva nombre a un responsable del control de la infección hospitalaria, debido a la frecuencia de esas infecciones en las unidades de cuidados intensivos. Este equipo trabaja diariamente y se dedica íntegramente a la prevención y control de las infecciones hospitalarias. Ha de ser competente en epidemiología clínica, incluidos los aspectos clínicos, microbiológicos y de prevención de la infección nosocomial. Su composición debe contar como mínimo con:

- un médico con formación en epidemiología y dedicación mínima de 10 horas semanales, en los hospitales de gran tamaño, el equipo de control de infecciones deberá incluir un médico especialista en enfermedades infecciosas, un especialista en medicina preventiva y un microbiólogo
- un equipo de personal de enfermería de control de infecciones de dedicación a tiempo completo. El personal de enfermería deberá tener formación específica en control de infecciones.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado y no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: Son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.)

FALLAS LATENTES: Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por un miembro de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

GESTION: La gestión consiste en comparar los resultados alcanzados con los resultados esperados, considerando los recursos utilizados. Esto determina la eficacia y eficiencia y permite tomar las decisiones necesarias para mejorar los procesos planificados y llevados a cabo, es decir, mejorar la eficacia de la vigilancia

- Programa de la limpieza y su control Higiénico-microbiológico.
- Programa de control de vectores y animales domésticos.
- Programa de higiene de los alimentos.
- Programa de tratamiento a la higiene textil.
- Aguas de consumo y aguas especiales
- Programa de tratamiento a los residuales sólidos
- Programa de tratamiento a los residuales líquidos.
- Programa de higienización de transporte sanitario propio de la institución.
- Programa de higienización para áreas exteriores
- Programa de manejo ambiental y seguridad biológica y radiológica
- Higiene Personal (En especial lavado de las manos antes y después de cada proceder)

INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.

INDICADORES: Los indicadores son instrumentos que deben ser diseñados, estandarizados, recolectados y analizados con métodos específicos definidos de acuerdo a las capacidades de cada institución.

A- Características del indicador

Si bien la calidad de un indicador depende mucho de la calidad de los datos o componentes a partir de los cuales se construye, también depende de la calidad de los sistemas de información o fuentes de información.

Un indicador de calidad ha de ser específico y medible, se debe poder lograr y ser pertinente y tener plazos definidos. Además debe cumplir las siguientes condiciones:

Fiabilidad y validez: se refiere al uso del indicador como instrumento de medición, que requiere una estandarización desde su construcción, reflejada en las fichas técnicas del indicador.

Sensibilidad y especificidad: el indicador debe tener la capacidad de percibir los cambios o variaciones del fenómeno al cual se asocian las variables que los componen y de evitar factores de distracción que opaquen su información.

B- Análisis de los indicadores

Ajustes: algunos indicadores pueden tener parámetros de ajuste por riesgo o gravedad.

Meta: es el punto al cual se desea llegar con el indicador.

Línea de base: es el punto de partida. Se debe especificar la fecha de medición.

Niveles: valoración del indicador de acuerdo a niveles de aceptabilidad del indicador.

Referencia: los niveles de comparación internos y externos del indicador.

Bibliografía: en los casos de referenciación del indicador y comparación con otras instituciones, ciudades o países.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

VIGILANCIA: Es un proceso eficaz para disminuir la frecuencia de infecciones adquiridas en el hospital y las herramientas para desarrollarla son:

Estudio de prevalencia (transversal): Se identifican las infecciones en todos los pacientes hospitalizados en un momento y lugar dado (prevalencia de punto), en el hospital entero o en las unidades seleccionadas. Típicamente, un equipo de investigadores especializados visita a cada uno de los pacientes del hospital en un solo día, revisando los gráficos médicos y de enfermería, entrevistando al personal clínico para identificar a los pacientes infectados y recolectando los datos de factores de riesgo. La medida del resultado es una tasa de prevalencia. Esta es influida por la duración de la estadía del paciente (pacientes infectados con largas estadías, llevan a una sobrestimación del riesgo del paciente de adquirir una infección) y la duración de las infecciones.

Estudio de Incidencia (longitudinal) La identificación probable de nuevas infecciones (la vigilancia de la incidencia) requiere supervisar a todos los pacientes dentro de una población hospitalaria definida para un período de tiempo especificado. Se siguen los pacientes a lo largo de su estadía y a veces después del egreso (por ejemplo la vigilancia para las infecciones del sitio quirúrgicas después del egreso). Este tipo de vigilancia proporciona las tasas de ataque, proporción de infección y la tasa incidencia y es más eficaz en detectar las diferencias en las tasas

de infección, seguir las tendencias, vincular las infecciones con los factores de riesgo y para las comparaciones inter-hospital y inter-unidad

Calculo de las Tasas: Las tasas son obtenidas dividiendo un numerador (número de infecciones o pacientes infectados observados) por un denominador (la población en riesgo, o el número de paciente-días de riesgo). La frecuencia de la infección puede ser estimada por indicadores de prevalencia y de incidencia

7- BIBLIOGRAFIA

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en atención primaria de salud. Proyecto de sistemas integrados de salud.

Original article focusing on the HCAI endemic burden in developing countries was published online on 10 December 2010 in *The Lancet*.

Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” (INE). Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA)

ADECI. Asociación de enfermeros en control de infecciones.