

**GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA**

**HOSPITAL BASE VALDIVIA  
Dirección  
Comité de III**

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN  
“INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS”**

**DRA. M<sup>a</sup> CAROLINA CRUZ PAREDES  
MÉDICO COMITÉ DE I.IH.**

**ENF. NORA F. LEAL ALARCÓN  
ENFERMERA COMITÉ DE I.IH.**

**RESOLUCION EXENTA N° 0157  
12 ENERO 2007**

# AÑO 2007

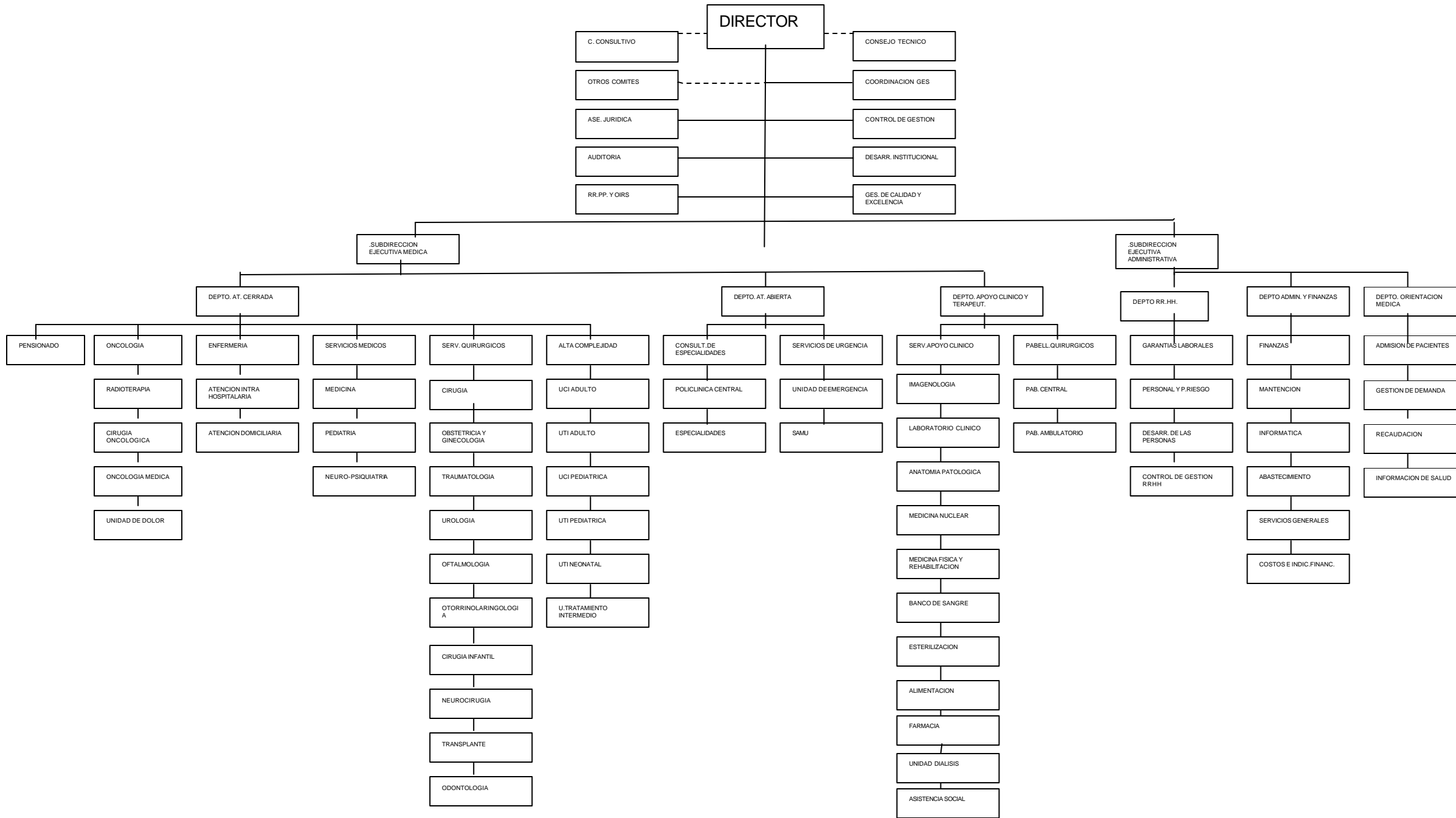
## INDICE

• INDICE	1-2	
• ORGANIGRAMA HOSPITAL	3	
• ORGANIZACIÓN PARA EL CONTROL DE IHH		4
○ Introducción		
○ Objetivos del Comité de IHH		
○ Estrategias y funciones del Comité de IHH	4	
• FORMALIZACION DE ACTAS	5	
• REUNIONES	5	
• INFORMES DE EVALUACION	5	
• INTEGRANTES COMITÉ IHH	6	
• INTEGRANTES COMITÉ DE VIGILANCIA	6	
• FUNCIONES DEL PERSONAL EN RELACION A IHH		
○ MEDICO DE CONTROL DE IHH	7	
○ ENFERMERA DE CONTROL IHH		8
○ LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA		9
○ MEDICO JEFE DE SUBDEPARTAMENTO CLINICOS	9	
○ ENFERMERAS SUPERVISORAS		10
○ PROFESIONALES CLINICOS	10	
○ MEDICO O ENFERMERA ENCARGADOS DE IHH	11	
○ TÉCNICO PARAMEDICO		11
• DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN		11
• VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	12	
• ETAPAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		12
• DEFINICIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	12	
○ FLORA COMENSAL	12	
○ DEFINICIÓN DE COLONIZACION- INFECCIÓN	13	
• DEFINICIÓN DE LOCALIZACION DE IHH		
○ INFECCIÓN URINARIA	14	
○ INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO	15	
○ NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA	18	
○ ENDOMETRITIS PUERPERAL	20	
○ INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA		20
○ INFECCIÓN GASTROINTESTINAL	21	
○ CONJUNTIVITIS	22	
○ Piodermitis	22	
• RECOLECCION DE DATOS	22	
○ SISTEMA DE VIGILANCIA	22	
○ INDICADORES A VIGILAR POR SUBDEPARTAMENTO	23-24-25	
○ VIGILANCIA POST ALTA	25	

○ EVALUACIÓN DE SENSIBILIDAD DE LA VIGILANCIA	26	
○ EVALUACIÓN DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA		27
○ ESTUDIOS DE LETALIDAD	27	
• CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	28	
○ TIPOS DE TASAS		28
○ INDICADORES OBLIGATORIOS		28
○ INDICADORES CONDICIONALES	29	
○ OTROS INDICADORES	30	
• DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN		30
• MEDIDAS DE PREVENCIÓN	31	
○ NORMAS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS		31
○ CAPACITACION PROGRAMA DE ORIENTACIÓN	32	
○ CAPACITACION CONTINUA	33	
○ SUPERVISIÓN	34	
• PROGRAMAS DE INTERVENCION	35	
• RONDAS DE VIGILANCIA ACTIVA	35	
• BIBLIOGRAFIA	36	



# ORGANIGRAMA HOSPITAL BASE VALDIVIA



GOBIERNO CHILE  
 MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA  
 HOSPITAL BASE VALDIVIA  
 Comité de I.IH.

## **ORGANIZACIÓN PARA EL CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (I.IH.)**

### **INTRODUCCION:**

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema de Salud Pública por morbilidad, su mortalidad asociada y el aumento de los costos de la hospitalización por conceptos de la prolongación de la estadía y el uso de tratamientos especiales.

El conocimiento cabal de la magnitud y características en el tiempo de las I.IH. y las acciones para modificar la situación son indicativas de la calidad de la atención y la productividad de los establecimientos, lo que las hace un muy buen indicador de la gestión de los hospitales.

La función de proveer atención segura a los pacientes es una función del hospital como institución, que se expresa a través de acciones en los subdepartamentos clínicos con una dirección única liderada por el Comité de I.IH.

### **OBJETIVOS COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

Sus objetivos son la materialización, con la máxima eficiencia de los objetivos del programa:

- Prevenir y controlar infecciones intrahospitalarias que afecten a los pacientes.
- Prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias que pueden afectar al personal del equipo de salud.
- Disminuir los costos asociados a las infecciones.

### **ESTRATEGIAS**

El principio de las estrategias de prevención y control de las I.IH es considerarlas como un problema de la calidad de atención hospitalaria

### **FUNCIONES DEL COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

Para cumplir los objetivos del Comité de I.IH., este debe cumplir las siguientes funciones:

1. Mantener y supervisar un sistema de vigilancia epidemiológica activa de acuerdo a las necesidades del Hospital y a las normas emanadas del Departamento de Calidad, Ministerio de Salud.
2. Definir los problemas de I.IH. del hospital que se observan del análisis de la información epidemiológica.
3. Establecer prioridades entre los problemas de I.IH. definidos.
4. Establecer estrategias de prevención y control para los problemas de I.IH. considerados prioritarios.
5. Establecer programas de prevención y control de las I.IH. por medio de la elaboración de normas y procedimientos escritos, realización de programas de capacitación al personal, programas de supervisión y recomendaciones para la organización de recursos.
6. Evaluar el cumplimiento de los programas de prevención y control así como del impacto de éstos en los indicadores epidemiológicos.

El comité de I.IH. deberá abarcar además las siguientes áreas de trabajo.

- Vigilancia epidemiológica.

- Capacitación del equipo de salud.
- Apoyo y desarrollo del Laboratorio de Microbiología.
- Racionalización del uso de antimicrobianos.
- Racionalización del uso de desinfectantes y antisépticos.
- Desinfección y esterilización.
- Aislamiento de pacientes.
- Saneamiento ambiental básico.
- Coordinación con otros centros de salud.
- Antibiopprofilaxis.
- Prevención de infecciones en el personal.
- Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos.
- Manejo de brotes epidémicos.
- Nuevos procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento.

### **FORMALIZACION DE ACTAS:**

Se levantará acta posterior a las reuniones realizadas las cuales deberán ser firmadas por el presidente del Comité de Infecciones Intrahospitalarias, el secretario y se entregara copia de estas a cada uno de los integrantes.

### **REUNIONES:**

El Comité se reunirá cuatrimestralmente en forma ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario.

### **PRESENTACION DE INFORMES DE EVALUACION:**

- La información recolectada será consolidada para su análisis en forma de tasas de I.IH. Las tasas de I.IH. que utiliza el sistema de vigilancia son específico para cada tipo de infección y se denominaran también como indicadores.
- La información epidemiológica será consolidada separada por cada subdepartamento clínico al cual se vigile en forma trimestralmente.
- Se enviará un informe epidemiológico trimestral y/o semestral a los Subdepartamentos de atención.

### **TIPOS DE TASAS DE I.IH.**

- **PACIENTES INFECTADOS / PACIENTES EXPUESTOS POR 100**  
Este indicador se utiliza cuando la exposición es única y solo se espera un episodio de I.IH. por paciente.
- **EPISODIOS DE I.IH. / DÍAS DE EXPOSICIÓN POR 100** Este indicador se utiliza cuando la exposición es prolongada en el tiempo y se pueden presentar varios episodios de I.IH. durante este período.

**En la vigilancia nacional de infecciones intrahospitalarias se describen tres tipos de indicadores.**

- **OBLIGATORIOS:** todos los hospitales deben realizar vigilancia anual de al menos nueve meses consecutivos.
- **CONDICIONALES:** los hospitales que tengan la condición de tener 40 pacientes expuestos deben realizar vigilancia obligatoria de al menos 9 meses consecutivos al año.
- **SALUD DEL PERSONAL** son indicadores de aspectos de la atención que guardan relación con las I.IH. EN EL PERSONAL DE LA SALUD.

**INTEGRANTES:**

- Director Hospital Clínico Regional Valdivia - Presidente.
- Subdirector Ejecutivo Médico.
- Subdirector Ejecutivo Administrativo.
- Jefe Departamento de Atención Cerrada.
- Jefe Departamento de Atención abierta..
- Jefe Departamento de Apoyo Clínico Terapéutico
- Jefe Sub-departamento Clínicos Básicos y Alta complejidad, o su representante y Enfermeras Jefes de:
  - Sub-departamento de Cirugía.
  - Sub-departamento de Pediatría.
  - Sub-departamento de Obstetricia y Ginecología.
  - Sub-departamento Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
  - Sub-departamento Unidad Tratamiento Intermedio.
  - Sub-departamento Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
  - Sub-departamento Pediatría - Unidad de Neonatología.
  - Sub-departamento Traumatología
  - Subdepartamento de Neurocirugía
- Jefe Sub-departamento Pabellones Quirúrgicos
- Jefe Sub-departamento Esterilización.
- Jefe Sub-departamento Farmacia
- Médico Comité I.IH.
- Enfermera Control I.IH.
- Tecnólogo Médico Microbiología.
- Enfermera Coordinadora.
- Matrona Coordinadora.
- Matrona Jefe Partos.

**COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

- Médico: Dra. María Carolina Cruz Paredes.
- Enfermera de I.IH.: Sra. Nora Leal Alarcón.
- Tecnólogo Médico Microbiología: Sra. María Emilia Arce Gatica.

## **FUNCIONES DEL PERSONAL EN RELACION A PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE I.IH.**

### **FUNCIONES MEDICO COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

#### **DEPENDENCIA:**

El Médico del Comité de I.IH. dependerá administrativamente de la Dirección del Hospital Base.Valdivia.

#### **PERFIL DEL CARGO:**

1. Medico cirujano con título otorgado en Universidad Chilena.
2. Poseer capacitación específica en:
  - Epidemiología básica.
  - Infectología.
  - Microbiología.
  - Prevención y Control de I.IH.
  - Estadística.

#### **FUNCIONES:**

1. Conocer las políticas generales Ministeriales en materia de control de I.IH.
2. Coordinar las actividades de I.IH. con el equipo médico del hospital.
3. Elaborar en conjunto con Enfermera de I.IH. las funciones del equipo profesional de los Subdepartamentos Clínicos relacionadas con el Programa de I.IH.
4. Revisar semanalmente la información epidemiológica con el fin de detectar acúmulos de infecciones que merezcan estudios especiales.
5. Interpretar las definiciones de localizaciones de I.IH. en casos particulares en los que existan dudas sobre su aplicación.
6. Organizar, realizar y apoyar investigaciones sobre las I.IH.
7. Evaluar el cumplimiento de los procedimientos de vigilancia epidemiológica.
8. Participar en la vigilancia epidemiológica de I.IH. de algunas áreas críticas como U.C.I adultos.
9. Preparar el informe y análisis de los datos de la vigilancia epidemiológica para su difusión a Subdepartamentos Clínicos y Comité de I.IH.
10. Participar en la planificación y realización de Programas de Prevención y Control de I.IH. de acuerdo a los problemas diagnosticados.
11. Participar en la planificación y realización de Programas de Capacitación en Prevención y Control de I.IH. de acuerdo a los problemas diagnosticados y como capacitación continua .
12. Elaborar en conjunto con Enfermera de I.IH. Normas de Prevención y Control de I.IH. del Hospital.
13. Asesorar al equipo de salud en materia de I.IH.
14. Revisar las Normas Generales y Normas de Procedimientos emanadas de Subdepartamentos Clínicos y realizar su sanción definitiva.
15. Participar de la investigación de brotes epidémicos de I.IH. y elaborar informe final.
16. Planificar y participar en la capacitación que se realice en el hospital en materia de I.IH.
17. Participar en la organización y docencia del Programa de Orientación al Programa de I.IH. del Hospital Base Valdivia.

18. Asesorar a la Dirección del Hospital en materia de I.IH.
19. Establecer los nexos técnicos y administrativos del Hospital Base Valdivia en relación al Programa de I.IH. con los niveles superiores representados por la Dirección del Servicio de Salud Valdivia y el Ministerio de Salud.
20. Participar en el Comité de Vigilancia Epidemiológica.
21. Participar en el Comité de I.IH.

## **FUNCIONES DE ENFERMERA COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

### **LÍNEA DE DEPENDENCIA:**

La Enfermera de Infecciones Intrahospitalarias dependerá administrativamente y técnicamente del Médico del Comité de infecciones intrahospitalarias.

### **PERFIL DEL CARGO:**

1. Enfermera con título universitario otorgado por Universidades Chilenas.
2. Curso Enfermera Control de Infecciones Intrahospitalarias aprobado por una escuela de postgrado de la Universidad o acreditado a nivel ministerial.
3. Experiencia clínica en áreas críticas, (ej. pabellón, cuidados intensivos) mínimo 5 años.
4. Conocimientos de epidemiología básica.
5. Capacitación en control de I.IH. y vigilancia epidemiológica.
6. Capacitación en educación y supervisión.

### **FUNCIONES:**

1. Conocer las políticas generales ministeriales en materia de control de infecciones intrahospitalarias.
2. Coordinar las funciones del comité con el equipo de enfermería del hospital.
3. Colaborar y realizar con el médico jefe de I.IH., las funciones del personal profesional de los subdepartamentos clínicos relacionados con el Programa de I.IH.
4. Realizar vigilancia epidemiológica en los subdepartamentos clínicos de acuerdo a las definiciones operacionales, factores de riesgo seleccionados, normas preestablecidas.
5. Mantener actualizados los registros de notificación y vigilancia.
6. Coordinar la información, calcular tasas por incidencia, tasas específicas e informar los resultados del análisis en tablas y gráficos.
7. Participar de la pesquisa, planificación y realización del estudio de los brotes epidémicos.
8. Participar en las investigaciones epidemiológicas que se realicen en el hospital en relación a I.IH.
9. Participar en la planificación y realización de programas de prevención y control de I.IH.
10. Elaborar en conjunto con el médico jefe de I.IH. la normativa de hospital en materia de I.IH.
11. Participar en la capacitación que se realice en Hospital en materia de I.IH.
12. Coordinar y participar en programa de orientación de programa de I.IH. del hospital.
13. Supervisar el cumplimiento de la normativa de I.IH. en los subdepartamentos.
14. Asesorar al equipo de salud en materia de I.IH.
15. Fomentar la capacitación y supervisión en subdepartamentos en I.IH.
16. Solicitar la información necesaria para el desarrollo del programa en los subdepartamentos con el objeto de optimizar la gestión de I.IH.

17. Revisar la normativa de infecciones intrahospitalarias que emane de los subdepartamentos para su sanción definitiva.
18. Solicitar al médico jefe de I.IH. las necesidades de capacitación de enfermeras de I.IH. y de vigilancia epidemiológica.
19. Participar en el Comité de Vigilancia de I.IH.
20. Participar en el Comité de I.IH. del hospital.
21. Colaborar en la coordinación de actividades de vacunación de Hepatitis B y Influenza.

### **FUNCIONES LABORATORIO MICROBIOLOGÍA**

El Laboratorio de Microbiología deberá designar un profesional que debe estar integrado al programa de I.IH. por medio de la participación en el Comité de I.IH. y Comité de Vigilancia Epidemiológica.

El profesional designado como Microbiólogo del Programa de I.IH. deberá tener tiempo asignado efectivo para cumplir con sus funciones.

1. El Laboratorio de Microbiología deberá proveer el diagnóstico etiológico de las I.IH. ya sea realizando las técnicas en el mismo hospital o por medio de la coordinación con otros laboratorios de referencia.
2. Elaborar normas para la toma y envío de muestras:
  - Hemocultivos.
  - Secreciones.
3. Organizar la información habitual en informes de uso epidemiológico:
  - Resultados de hemocultivos.
  - Informe de resistencia/sensibilidad a antimicrobianos de los patógenos de importancia epidemiológica de cepas de I.IH. y de Infecciones adquiridas en la comunidad, aisladas de pacientes hospitalizados
4. Difundir la información elaborada a Subdepartamentos Clínicos.
5. Realizar Vigilancia diaria de los informes de cultivos realizados con el fin de detectar precozmente brotes de I.IH.
6. Supervisar los procedimientos de toma y envío de muestras, a través del laboratorio como hemocultivos, urocultivos.
7. Participar en la elaboración y supervisión de Normas de uso de antisépticos y desinfectantes.
8. Participar en la elaboración y supervisión de Normas de bioseguridad.
9. Participar en el estudio de brotes epidémicos de I.IH.
10. Analizar en conjunto con Comité de Vigilancia Epidemiológica la necesidad de elaborar protocolos de estudios especiales en situaciones epidemiológicas particulares como:
  - Estudio reservorios inanimados.
  - Estudio portadores del equipo de salud.
  - Otros.
11. Participar en el desarrollo y cumplimiento de los protocolos descritos en el punto anterior.
12. Participar en la capacitación en materia de I.IH. organizada por el Comité de I.IH.
13. Asesorar al equipo de salud en materia de microbiología de I.IH. en su participación en Comité I.IH.
14. Supervisar el envío a subdepartamentos clínicos de material estéril y con fecha de vencimiento para la toma de muestras microbiológicas.

## **FUNCIONES DE MÉDICOS JEFES DE SUBDEPARTAMENTOS CLÍNICOS O UNIDADES DE APOYO CLÍNICO**

Las funciones de los Médicos Jefes de subdepartamentos clínicos o unidades de apoyo clínico, son:

1. Conocer los problemas de I.IH. de su subdepartamento.
2. Evaluar la calidad de atención a través de los indicadores de I.IH.
3. Difundir informe de la vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias de su subdepartamento al equipo de salud de su dependencia..
4. Difundir normativa de infecciones intrahospitalarias a profesionales de su subdepartamento.
5. Solicitar la implementación de las normas de prevención y control de I.IH.
6. Promover la adaptación de normas generales y la elaboración de normas operacionales, aprobarlas y supervisar su cumplimiento.
7. Promover la educación en su subdepartamento, del personal profesional, técnicos paramédicos y auxiliares de subdepartamento.
8. Realizar programa de supervisión en relación a las normas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias implementadas.
9. Programar y coordinar supervisión de procedimientos médicos en su subdepartamento .
10. Realizar supervisión de indicación de procedimientos médicos de su subdepartamento.
11. Supervisar el cumplimiento de las etapas de la vigilancia que se realizan en su subdepartamento o unidad.
12. Fomentar las investigaciones en materias de I.IH. en su subdepartamento o unidad.
13. Evaluar las acciones de prevención y control de I.IH. en su subdepartamento o unidad.
14. Participar en el Comité de I.IH.
15. Elaborar en conjunto con Comité de I.IH., programa de intervención en su subdepartamento.

## **FUNCIONES DE ENFERMERAS SUPERVISORAS O ENFERMERAS JEFES DE SUBDEPARTAMENTOS CLÍNICOS O UNIDADES DE APOYO CLÍNICO**

Las funciones de las Enfermeras Supervisoras o Enfermeras Jefes de subdepartamentos clínicos o unidades de apoyo clínico:

1. Conocer los problemas más frecuentes de I.IH. de su subdepartamento.
2. Difundir informe de vigilancia epidemiológica de I.IH. de su subdepartamento al equipo de salud de su dependencia.
3. Difundir la normativa de I.IH. a los profesionales a su cargo.
4. Elaborar Normas de procedimientos clínicos de acuerdo a Normas emanadas del Comité de I.IH..
5. Implementar normas de prevención y control de I.IH.
6. Evaluar necesidades de insumos clínicos para la implementación y cumplimiento de Normas de prevención y control de I.IH. en la atención clínica diaria.
7. Promover la adaptación de normas de I.IH. a procedimientos.
8. Realizar educación en su subdepartamento del personal profesional y auxiliares.
9. Incentivar la capacitación en materia de I.IH al personal de su departamento.
10. Colaborar con la vigilancia epidemiológica que se realiza en su subdepartamento.
11. Participar en los programas de prevención y control de I.IH. que se desarrollan en su subdepartamento.

12. Realizar programa de supervisión en relación a las normas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias implementadas.
13. Elaborar en conjunto con el comité de I.IH. programa de intervención.

### **FUNCIONES DE PROFESIONALES CLÍNICOS** **(MÉDICOS - ENFERMERAS Y MATRONAS)**

Las funciones de los profesionales clínicos son:

1. Conocer las normas de infecciones intrahospitalarias de su subdepartamento.
2. Cumplir y supervisar el cumplimiento de las normas de infecciones intrahospitalarias.
3. Realizar educación continua en subdepartamento.
4. Mantener actualizado los registros clínicos y diagnósticos clínicos surgidos durante la hospitalización.
5. Efectuar el tratamiento adecuado de los pacientes.
6. Notificar de inmediato las I.IH. por medio de las tarjetas de notificación existentes en cada subdepartamento y/o unidad.
7. Participar en los programas específicos de prevención y control de infecciones intrahospitalarias de su subdepartamento.
8. Participar en los programas de capacitación de infecciones intrahospitalarias que se realizan en el hospital o en su subdepartamento.
9. Participar en programas de intervención realizados en su subdepartamento.
10. Conocer, indicar y supervisar el cumplimiento de norma de aislamiento.

### **FUNCIONES DE MÉDICO Y ENFERMERA O MATRONA ENCARGADOS DE LAS** **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE I.IH. EN LOS SUBDEPARTAMENTOS** **CLÍNICOS Y UNIDADES DE APOYO**

Las funciones de los médicos y enfermeras o matronas encargados de las actividades de prevención y control de I.IH. en los subdepartamentos clínicos y unidades de apoyo, son:

1. Colaborar en vigilancia epidemiológica de su subdepartamento, en relación a estadística de procedimientos invasivos.
2. Colaborar con el jefe de subdepartamento y enfermera supervisora en capacitación de I.IH.
3. Colaborar en la elaboración de normativa de su subdepartamento.
4. Colaborar en realización de supervisión de su subdepartamento.
5. Incentivar el estudio de los problemas de I.IH. de su subdepartamento.
6. Colaborar en el desarrollo de programas de intervención en I.IH. de su subdepartamento.
7. Conocer, indicar y supervisar el cumplimiento de la norma de aislamiento.

### **FUNCIONES DEL TÉCNICO PARAMÉDICO**

Las funciones del técnico paramédico en relación al Programa de prevención y control de I.IH., son:

1. Conocer las normas de infecciones intrahospitalarias de su subdepartamento.
2. Cumplir las normas de infecciones intrahospitalarias.
3. Participar en la capacitación que se realice en su subdepartamento.
4. Colaborar en mantener actualizados los registros clínicos surgidos durante la hospitalización.

5. Efectuar el tratamiento adecuado a los pacientes de acuerdo a las normas de infecciones intrahospitalarias.
6. Comunicar alteraciones que permitan identificar infecciones en los pacientes que atienden.
7. Participar en los programas específicos de prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
8. Conocer la realidad de infecciones intrahospitalarias de su subdepartamento.
9. Colaborar en las soluciones de los problemas de organización que interfieren en el adecuado cumplimiento de las normas de infecciones intrahospitalarias.

### **DIAGNOSTICO DE SITUACION**

La principal función del comité es la producción y mantención de diagnóstico de situación de infecciones intrahospitalarias. Este diagnóstico de situación contiene la información relacionada con estas infecciones, factores de riesgo y las medidas de prevención y control. Esta información será resumida trimestralmente en forma de tablas y resumidas en gráficos con sus tendencias. Anualmente se realizará un resumen de la situación local de las I.IH.

Los principales componentes del diagnóstico de situación incluyen:

1. Diagnostico epidemiológico
2. Normativa vigente.
3. Capacitación programada
4. Supervisión programada.
5. Caracterización general del hospital, camas por subdepartamento, dotación de personal

### **VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Es la observación sistemática activa y prolongada de la enfermedad dentro de una población determinada y los factores de riesgo que tiene asociada.

#### **PROPÓSITOS:**

Realizar un diagnóstico de situación colectiva a fin de prevenir y controlar la morbilidad producida por las infecciones intrahospitalarias.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Conocer la morbilidad de las I.IH., los factores de riesgo asociados y sus tendencias en el tiempo.
2. Detectar las infecciones en el período en que se encuentran potencialmente contagiosas a fin de tomar medidas de control oportunas.
3. Desarrollar programas de prevención y control de acuerdo los principales problemas surgidos del análisis de la vigilancia epidemiológica.
4. Evaluar el impacto de las medidas de prevención y control realizadas.

#### **ETAPAS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**

- Definición de los hechos que se vigilarán.
- Recolección de los datos.
- Consolidación y tabulación de los datos.

- Análisis de la información.
- Divulgación de los resultados a Subdepartamentos Clínicos y estamentos directivos.

### **DEFINICIONES:**

**INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS:** Infecciones que ocurren durante la permanencia o concurrencia de un paciente al hospital y que no estaban presentes ni se encontraban en su estado de incubación al ingreso.

Las infecciones intrahospitalarias pueden originarse de fuentes endógenas o exógenas:

**INFECCIONES ENDÓGENAS:** Son aquellas causadas por microorganismos que forman parte de la flora del huésped.

**INFECCIONES EXÓGENAS:** Son aquellas causadas por microorganismos de fuentes animadas o inanimadas del hospital.

### **FLORA COMENSAL**

La flora comensal está constituida por:

#### **a) FLORA RESIDENTE:**

Son los microorganismos que aparecen desde el momento del nacimiento del individuo y los cuales se instalan en el organismo a lo largo de toda la vida.

#### **b) FLORA TEMPORAL:**

Microorganismos que forman parte de la flora por un período transitorio.

**Ejemplo:** enfermo hospitalizado.

### **ACCIÓN BENÉFICA DE LA FLORA COMENSAL**

**MECANISMO DE DEFENSA:** a través de:

- Competencia de nutrientes del medio que impedirían a los patógenos tener metabolitos para su multiplicación.
- La flora cubre la superficie de la mucosa manteniendo bloqueados los receptores específicos, impidiendo la adherencia de agentes patógenos.
- Producción de bactericidas que regulan el crecimiento microbiano.

### **ACCIÓN ADVERSA DE LA FLORA COMENSAL**

- Producción de infección endógena.

### **COLONIZACIÓN**

Es la presencia y multiplicación de microorganismos potencialmente patógenos en sitios del cuerpo, sin respuesta clínica (síntomas y signos) ni inmunológica.

### **INFECCIÓN**

Es la presencia y multiplicación de microorganismos en sitios del cuerpo, con respuesta clínica, es decir síntomas y signos de una enfermedad infecciosa, y respuesta inmunológica.

### **PORTACIÓN**

Es un estado de colonización por un microorganismo patógeno, en un individuo sano, resultante de una enfermedad infecciosa clínica o subclínica.

**Los sitios que se colonizan son los que están en contacto con el medio ambiente y que albergan flora comensal o endógena:**

- Piel : especialmente áreas húmedas.
- Vía Aérea : nariz - orofaringe.
- Aparato Digestivo : boca - intestino grueso.
- Vías Urinarias : uretra anterior.
- Aparato Genital : Vagina.

**Microorganismos que con mayor frecuencia colonizan:**

- Staphylococcus aureus.
- Klebsiella.
- Acinetobacter baumannii.
- Pseudomonas spp.
- Enterobacter spp

### **FACTORES QUE PROMUEVEN LA COLONIZACIÓN EN EL HOSPITAL**

- Hospitalización prolongada.
- Uso de antibióticos.
- Procedimientos invasivos.
- Dispositivos - cuerpos extraños.
- Localización dentro del hospital (U.C.I. - R.N.)

### **TRANSFORMACIÓN DE COLONIZACIÓN EN INFECCIÓN**

Los microorganismos deben:

- Sobrepasar las defensas del huésped.
- Aumentar su cantidad y/o desencadenar su virulencia favorecido por condiciones de un huésped hospitalizado: Enfermedad subyacente, manipulaciones y terapias que disminuyen su resistencia.

INFECCIÓN=  $\frac{\text{N}^\circ \text{ microorganismos} \times \text{virulencia}}{\text{Resistencia del huésped}}$

### **DIFERENCIACIÓN DE COLONIZACIÓN E INFECCIÓN**

1. Presencia de exudado inflamatorio ( Ej. : Bacteriuria más piuria).
2. Presencia de un sólo patógeno y no de varios simultáneamente.
3. Predominio en cantidad de un agente sobre otro.
4. Desaparición de flora comensal.
5. Persistencia del mismo patógeno en muestras sucesivas.
6. Aislamiento de un mismo patógeno en muestras de sitios normalmente estériles. ( Ej. : Hemocultivos, LCR).
7. Otros procedimientos diagnósticos: Rx - Scanner - Eco.
8. Detección de respuestas inmune.

### **DEFINICIONES DE LOCALIZACIONES DE I.IH.**

## ➤ INFECCIONES URINARIAS

### DEFINICIÓN

DEBE CUMPLIR AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS.

#### CRITERIO I

El/la paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa identificada: fiebre > 38°C, urgencia miccional, disuria, polaquiuria, dolor suprapúbico (en los pacientes geriátricos se incluye agitación sicomotora que no tiene otra explicación clínica como un signo)

Y cultivo de orina con > 100.000 colonias por cc. con no más de dos especies de microorganismos.

#### CRITERIO II

El/la paciente tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa identificada: fiebre > 38°C, urgencia miccional, disuria, polaquiuria, dolor suprapúbico

Y al menos uno de los siguientes:

- a. piuria
- b. microorganismos visibles al Gram de orina no centrifugada
- c. al menos dos urocultivos positivos con el mismo patógeno Gram negativo con > 50.000 colonias por cc.
- d. diagnóstico clínico por médico de infección urinaria
- e. médico ha indicado tratamiento antimicrobiano para infección urinaria.

#### CRITERIO III

El/la paciente de < 1 año tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa identificada: fiebre > 38°C, hipotermia de < 37°C, apnea, bradicardia, letargia, vómitos

Y el/la paciente tiene un urocultivo positivo con desarrollo de > 10.000 colonias por cc. con no más de dos especies de microorganismos en muestra tomada por punción vesical o cateterismo.

#### CRITERIO IV

El/la paciente de < 1 año tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa identificada: fiebre > 38°C, hipotermia de < 37°C, apnea, bradicardia, letargia, vómitos

Y piuria

Y al menos uno de los siguientes:

- a. microorganismos visibles al Gram de orina no centrifugada
- b. diagnóstico clínico por médico de infección urinaria
- c. médico ha indicado tratamiento antimicrobiano para infección urinaria.

#### CRITERIO V

Existe diagnóstico médico de infección urinaria registrado en la historia clínica y no hay evidencias que se trate de infección adquirida en la comunidad.

#### COMENTARIOS:

- ◇ Los urocultivos deben ser tomados con la técnica aséptica apropiada (miccional o punción de catéter) y el uso de recolector es aceptado excepcionalmente sólo en algunos pacientes pediátricos.
- ◇ En niños, de preferencia el cultivo debe tomarse por catéter vesical o aspiración suprapúbica y sólo se acepta el diagnóstico microbiológico obtenido por recolector si el cultivo es de un sólo microorganismo o si se confirma el microorganismo en muestra tomada por cateterización vesical o aspiración suprapúbica.
- ◇ El cultivo de punta de catéter no es criterio diagnóstico.

- ◇ Se debe considerar después de 72 horas días de instalado el catéter urinario y 7 días posterior al retiro del catéter.

## ➤ INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO

**Incluye diagnósticos de bacteremia, fungemia, septicemia y “sepsis”**

### DEFINICIÓN

DEBE CUMPLIR AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

#### CRITERIO I

El/la paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre > 38°C, escalofríos, hipotensión, hipotermia, taquicardia o bradicardia

Y El/la paciente tiene un patógeno aislado en uno o más hemocultivos

Y el/los microorganismos aislados en hemocultivos no se relacionan a una infección en otra localización.

#### CRITERIO II

El/la paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre > 30°C, escalofríos o hipotensión

Y al menos uno de los siguientes:

- cultivo de un contaminante común de la piel (\*) en dos o más hemocultivos obtenidos en momentos diferentes.
- cultivo de un contaminante común de la piel (\*) en al menos un hemocultivo en pacientes con vía intravenosa permanente y en el que el médico tratante indica tratamiento antimicrobiano.
- se han detectado antígenos en sangre ( ej.: H. influenzae, Streptococcus grupo B, S. pneumoniae.)

#### CRITERIO III

El/la paciente < 1 año tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre > 38°C, hipotermia < 37°C, apnea, bradicardia

Y al menos uno de los siguientes:

- cultivo de un contaminante común de la piel (\*) en dos o más hemocultivos obtenidos en momentos diferentes.
- cultivo de un contaminante común de la piel (\*) en al menos un hemocultivo en paciente con vía intravenosa permanente y en el que el médico tratante indica tratamiento antimicrobiano.
- se han detectado antígenos en sangre (ej. : H. influenzae, Streptococcus grupo B, S. pneumoniae).

(\*) Ejemplos: difteroides, Bacillus spp., Propionobacterium spp. micrococcus, Staphylococcus coagulasa negativa.

#### CRITERIO IV

El/la paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre > 38°C, hipotensión (sistólica < 90 mmHg), oliguria (<20 cc. orina / hr.)

Y no se han realizado hemocultivos o han sido negativos

Y no hay infección aparente en otro sitio ni se han detectado antígenos en la sangre ( ej. : H. influenzae, Streptococcus grupo B, S. pneumoniae)

Y el médico tratante indica terapia antimicrobiana de duración mayor que 72 horas.

#### CRITERIO V

El/la paciente < 1 año tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre > 30°C, hipotermia < 37°C, apnea, bradicardia

Y no se han realizado hemocultivos o han sido negativos

Y no hay infección aparente en otro sitio ni se han detectado antígenos en la sangre (ej.: H. influenzae, Streptococcus grupo B, S. pneumoniae)

Y el médico tratante diagnosticó cuadro séptico sistémico e indica terapia antimicrobiana por plazo mayor que 72 horas.

#### CRITERIO VI

Existe el diagnóstico médico de septicemia o sepsis registrado en la historia clínica y no hay evidencias que se trate de infección adquirida en la comunidad.

### **DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN RELACIONADA CON EL CATÉTER VENOSO CENTRAL UTILIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL VALDIVIA**

La confirmación diagnóstica se realiza mediante diagnóstico microbiológico, por medio de procedimientos:

1. No conservadores: cuando esta indicado el retiro del catéter.
2. Conservadores: cuando por condiciones técnicas o clínicas del paciente no se ha indicado el retiro de catéter.
  - ◊ Paciente neutropénico con catéteres permanentes.
  - ◊ Catéteres de nutrición parenteral.
  - ◊ Implantes vasculares
  - ◊ Catéter doble lumen diálisis.
  - ◊ Paciente sin otra posibilidad de acceso vascular.

### **MÉTODO NO CONSERVADOR**

- **CULTIVO DE PUNTA DE CATÉTER TÉCNICA SEMICUANTITATIVA DE MAKI.**

#### INDICACIONES:

- ◊ Paciente con catéter venosos central que presente fiebre > de 38°C, sin foco infeccioso, aparente que lo explique.
- ◊ Signos infección a nivel de la herida cutánea donde se inserta el catéter.

#### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

- ◊ Si se informa desarrollo menor de 15 colonias (15 UFC), se interpreta como contaminación del catéter al momento de retirarlo.
- ◊ Si se informa desarrollo igual o mayor de 15 colonias ( $\geq$  o = 15 UFC) se interpreta como una "infección" del catéter, la cual puede ser la causa del cuadro clínico del paciente, si además se han aislado el mismo microorganismo que en los hemocultivos periféricos.

### **MÉTODO CONSERVADOR**

- **HEMOCULTIVOS CUANTITATIVOS**

Permiten el diagnóstico microbiológico de sepsis por catéter venoso central y esta indicado para no remover el catéter venoso central. Por este método se deben tomar muestras de sangre desde vía periférica y vía central con el fin de comparar recuento de colonias o desarrollo de microorganismo cuya interpretación definirá si paciente presenta una bacteremia asociada a catéter venoso central.

#### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- ◊ Se informa recuento de colonias por 1 ml. en hemocultivo periférico y recuento de colonias por hemocultivo central. (UFC/ml = unidades formadoras de colonias por ml).

- ◇ Si el recuento de colonias en hemocultivo central es 4 veces superior a hemocultivos periférico, se interpreta como bacteremia por catéter venoso central, si además se ha aislado el mismo microorganismo por ambas vías. Sensibilidad : 94% Especificidad: 100%.
- ◇ Sí Recuento central > 100ufc/ml con hemocultivo periférico negativo, se interpreta como bacteremia relacionada a catéter venoso central. Sensibilidad: 82%, Especificidad: 100%

#### COMENTARIOS:

- Se deben considerar como intrahospitalarias las bacteremias en pacientes usuarios de catéter Hickmann y que la madre participa de los procedimientos de heparinización del catéter en el domicilio y hospitales de área.
- Se deben considerar como intrahospitalarias las infecciones de pacientes neutropenicos con menos de 500 neutrofilos por  $\text{mm}^3$  en tratamiento con quimioterapia inmunosupresora que se presentan antes de los 7 días posterior a alta del paciente.

No notificar flebitis, tromboflebitis ni infecciones del sitio de punción en esta categoría.

- ◇ No notificar en esta categoría si el hallazgo de microorganismos coincide con la presencia de un foco infeccioso previo.
- ◇ No corresponde notificar en esta categoría si el/la paciente tiene sólo uno o más cultivos semicuantitativos positivos de punta de catéter vascular sin cumplir con otros criterios mencionados.

### ➤ **NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA**

#### DEFINICIÓN

DEBE CUMPLIR AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS.

CRITERIO I Excepto pacientes < 1 año de edad.

El/la paciente tiene crépitos a la auscultación o matidez a la percusión pulmonar

O tiene estudio radiográfico que demuestra un infiltrado pulmonar (nuevo o progresión de uno existente), consolidación, cavitación o derrame pleural

Y al menos uno de los siguientes:

- a. aparición de expectoración purulenta o cambios en las características de la expectoración.
- b. coincide con hemocultivos positivos sin otros focos de infección.
- c. identificación de microorganismos en muestra tomada por punción aspirativa transtraqueal, cepillado, lavado bronquioalveolar o biopsia.
- d. identificación de patógeno viral en secreciones respiratorias.
- e. diagnóstico en una muestra de títulos de anticuerpos ( IgM ) para un patógeno o aumento de títulos del IgG de cuatro veces en muestras pareadas.
- f. evidencia histopatológica de neumonia.

CRITERIO II Para pacientes < 1 año de edad.

El/la paciente tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas: apnea, taquipnea, bradicardia, tos, roncus o sibilancias

O tiene estudio radiográfico que demuestra un infiltrado pulmonar (nuevo o progresión de uno existente), consolidación, cavitación o derrame pleural

Y al menos uno de los siguientes:

- a. aumento de las secreciones respiratorias.
- b. aparición de expectoración purulenta o cambios en las características de la expectoración.
- c. coincide con hemocultivos positivos sin otros focos infecciosos.
- d. identificación de microorganismos en muestra tomada por punción aspirativa transtraqueal, cepillado, lavado bronquioalveolar o biopsia.
- e. identificación de patógeno viral en secreciones respiratorias.
- f. diagnóstico en una muestra de títulos de anticuerpos (IgM) para un patógeno o aumento de IgG de cuatro veces en muestras pareadas.
- g. evidencia histopatológica de neumonía.

### CRITERIO III Para pacientes EN VENTILACIÓN MECÁNICA

El/la paciente tiene estudio radiográfico que demuestra un infiltrado pulmonar (nuevo o persistente o progresión de uno existente), consolidación, cavitación o derrame pleural que no se modifica con kinesiterapia respiratoria si ésta se ha realizado

Y al menos uno de los siguientes:

- a. aparición de expectoración purulenta o cambios en las características de la expectoración.
- b. coincide con hemocultivos positivos sin otros focos infecciosos.
- c. identificación de microorganismos\* en muestra tomada por punción aspirativa transtraqueal, cepillado, lavado bronquioalveolar o biopsia.
- d. cultivo positivo de muestra de derrame pleural si no se han realizado procedimientos invasivos en cavidad pleural.
- e. evidencia histopatológica de neumonía.

\*con recuento > 103 UFC/ml. en muestra por cepillado protegido.

con recuento > 104 UFC/ml. en muestra por lavado broncoalveolar.

### CRITERIO IV

Existe el diagnóstico médico de neumonía registrado en la historia clínica y no hay evidencias que se trate de infección adquirida en la comunidad.

### COMENTARIOS:

- ◇ Los estudios radiológicos seriados aportan mejor información que estudios únicos en algunos casos.
- ◇ No se considera apropiado el estudio etiológico por cultivo de expectoración o cultivo del tubo endotraqueal.
- ◇ No notificar bronquitis, empiemas o abscesos pulmonares en esta categoría.
- ◇ En caso de VM se debe considerar como intrahospitalaria 48 horas de conectado y 7 días posterior al retiro.
- ◇ Se debe considerar como intrahospitalaria las infecciones respiratoria virales con un periodo de incubación de 2-8 días para Virus sincicial, 18-72 hrs. Influenza y 3-4 días Parainfluenza, 4-5 días para Adenovirus y 1 a 3 semanas para Bordetella.

## **DIAGNÓSTICO DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA UTILIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL VALDIVIA**

### **CULTIVO CUANTITATIVO DE ASPIRADO ENDOTRAQUEAL**

Revisado el consenso nacional de la Sociedad Chilena de Infectología en relación a diagnóstico de NAVM se concluye que:

- Se recomienda el uso de criterios microbiológicos cuantitativos para el diagnóstico de la NAVM. A pesar de que las ventajas diagnósticas de esta estrategia sobre el uso exclusivo de criterios clínicos y radiológicos podría ser marginal, este enfoque permite al menos reunir información epidemiológica sobre microorganismos prevalentes y resistencia antimicrobiana en una unidad, reducir y racionalizar el uso de antimicrobianos y discriminar casos con mayor o menor probabilidad de NAVM.
- Se recomienda específicamente el uso de cultivo cuantitativo del ASPIRADO ENDOTRAQUEAL (AET). Esta modalidad de diagnóstico tiene una sensibilidad y especificidad comparables a las estrategias diagnósticas basadas en estudios fibrobroncoscópicas como Lavadobroncoalveolar y tiene la ventaja de su universalidad de aplicación, bajo costo e independencia de equipos humanos y técnicos restringidos para su obtención.

#### **INDICACION:**

Todo paciente con sospecha de NAVM: conexión a ventilación mecánica más de 48 horas y presencia de criterios clínicos radiológicos, en el cual no se hayan efectuado cambios de tratamiento antimicrobiano durante las últimas 72 horas.

#### **INTERPRETACION DE RESULTADOS:**

- El informe de laboratorio incluye recuento bacteriano de cada microorganismo aislado.
- Un recuento mayor o igual a  $10^6$  ufc/ml se asocia a NAVM en aproximadamente cuatro quintos de los casos, valor predictivo positivo (VPP) 82% y los recuentos inferiores señalan la probable ausencia de neumonía a pesar de la sospecha, valor predictivo negativo (VPN) 83%.
- Un recuento menor a  $10^3$  ufc./ml está asociado a una menor probabilidad de NAVM, lo que permite plantear la exclusión del diagnóstico. Esta interpretación es válida si no se han realizado modificaciones a la terapia antimicrobiana en las últimas 72 horas.
- Recuento intermedio entre estos valores (mayor de  $10^3$  y menor a  $10^6$ ) señala VPN y VPP variables que deben quedar a criterio de los médicos tratantes.

### ➤ **ENDOMETRITIS PUERPERAL**

#### **DEFINICIÓN**

DEBE CUMPLIR AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

#### **CRITERIO I**

La paciente tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas:

- fiebre  $> 38^{\circ}\text{C}$ .
- sensibilidad uterina o subinvolución uterina.
- secreción uterina purulenta o de mal olor.

#### **CRITERIO II**

La paciente tiene cultivo positivo de fluidos o tejidos endometriales obtenidos intraoperatoriamente, por punción uterina o por aspirado uterino con técnica aséptica.

#### **CRITERIO III**

Existe diagnóstico médico de endometritis puerperal registrado en la historia clínica y no hay evidencias que se trate de infección adquirida en la comunidad.

#### **COMENTARIOS:**

- ◇ Todas las endometritis posparto deben notificarse excepto si el líquido amniótico se encontraba purulento al ingreso o tiene antecedentes de ruptura de membranas más de 48 horas antes del ingreso.

## ➤ **INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA**

### DEFINICIÓN

DEBE CUMPLIR AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

#### CRITERIO I

Presencia de pus en el sitio de incisión quirúrgica, incluido el sitio de salida de drenaje por contrabertura, con o sin cultivos positivos dentro de los primeros 30 días de la intervención quirúrgica.

#### CRITERIO II

Existe el diagnóstico médico de infección de la herida operatoria registrado en la historia clínica.

### COMENTARIOS:

- ◇ No notificar las siguientes infecciones en esta categoría: absceso de puntos de sutura, peritoneo ni otras cavidades u órganos internos, perineotomía o episiotomía ni quemaduras.
- ◇ Las infecciones del sitio de salida de drenajes por contrabertura si coexiste con infección del sitio de incisión quirúrgica, no deben ser notificadas.
- ◇ No corresponde notificar infecciones que sólo comprometen órganos internos (hígado, pulmón, riñón, etc.) o cavidades (pleura, peritoneo, retroperitoneo, mediastino, etc.) en esta categoría, aún cuando sean relacionados a la cirugía.

## **INFECCIÓN PROFUNDA DE LA HERIDA OPERATORIA**

La infección, en ausencia de implantes, se manifiesta dentro de los primeros 30 días de la intervención quirúrgica. Si hay implantes, la infección puede presentarse hasta un año después si la infección parece relacionada a la intervención quirúrgica

Y compromete tejidos blandos profundos (fascias, músculos) de la zona operatoria y no es una infección sólo de órganos o cavidades

Y el/la paciente tiene al menos uno de los siguientes:

- a. pus en el sitio quirúrgico profundo (no sólo de o limitada a planos superficiales de la piel).
- b. se ha encontrado un absceso u otra evidencia de infección profunda por examen clínico, radiológico, reintervención quirúrgica u otro método.
- c. hay signos de dehiscencia de sutura de planos profundos espontáneamente o por acción del cirujano en un paciente que presenta fiebre > 38°C o signos inflamatorios asociados al sitio de intervención.
- d. El médico tratante diagnosticó infección profunda.

El diagnóstico clínico médico de infección de la herida operatoria es siempre aceptable si se encuentra registrado en la historia clínica del o la paciente y no hay evidencias que se trate de una infección adquirida en la comunidad.

### COMENTARIOS:

- ◇ Las infecciones de sitio quirúrgico que comprometen planos superficiales y profundos deben notificarse como infecciones profundas.
- ◇ No corresponde notificar infecciones que sólo comprometen órganos internos (hígado, pulmón, riñón, etc.) o cavidades (pleura, peritoneo, retro peritoneo, mediastino, etc.) en esta categoría.

## ➤ **INFECCIÓN GASTROINTESTINAL**

DEFINICIÓN

DEBE CUMPLIR AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

CRITERIO I

El/la paciente tiene diarrea aguda (deposiciones líquidas o disgregadas por más de 12 horas) con o sin vómitos, con o sin fiebre, la diarrea no se asocia a otras causas no infecciosas (ejemplos: exámenes diagnósticos, régimen terapéutico distinto a uso de antimicrobianos, stress psicológico) ni se trata de la exacerbación de un cuadro intestinal previo. Si se identifica un patógeno entérico, no hay evidencias que se haya encontrado presente al ingreso.

CRITERIO II

En brotes epidémicos, también puede considerarse “caso” si:

El/la paciente no tiene diarrea y tiene al menos dos de los siguientes signos y síntomas sin otra causa: náusea, vómitos, dolor abdominal, fiebre > 38°C o cefalea

Y

al menos uno de los siguientes:

- a. se ha cultivado un patógeno entérico en las deposiciones o por técnica de tórula rectal.
- b. se ha identificado un patógeno entérico por microscopía.
- c. se ha identificado un patógeno entérico por estudios inmunológicos (antígenos o anticuerpos) sanguíneos o fecales.

COMENTARIOS:

- ◇ No notificar en esta categoría las infecciones de otros sitios del aparato digestivo: boca, esófago, apéndice, hígado, páncreas.
- ◇ Se debe considerar un período de incubación de 2 días para de Rotavirus, 48 horas Shigella spp y Salmonella spp.

➤ **CONJUNTIVITIS**CRITERIO I

Presencia de exudado seropurulento e inflamación conjuntival.

CRITERIO II

Hay diagnóstico médico de conjuntivitis que no se encontraba presente al ingreso al hospital.

COMENTARIOS:

- ◇ Se considera 24 horas posterior al ingreso.
- ◇ En el recién nacido todas las conjuntivitis se consideran como intrahospitalaria.

➤ **PIODERMITIS**CRITERIO I

Presencia de eritema doloroso acompañado de lesiones pustulosas.

**CRITERIO II**

Hay diagnóstico médico de Piodermitis o pústulas que no se encontraban presentes al ingreso al hospital.

**COMENTARIOS:**

Se consideran 48 hrs. posterior al ingreso.

**RECOLECCIÓN DE DATOS****SISTEMA DE VIGILANCIA****I.- VIGILANCIA ACTIVA SELECTIVA**

**Activo:** porque la obtención de datos se basa en pesquisa de I.IH. en Subdepartamentos Clínicos y laboratorio por personal del equipo de vigilancia, con tiempo dedicado a la búsqueda de I.IH.

**Selectivo:** se vigilarán pacientes seleccionados por tener factores de riesgo de interés para el Hospital Base Valdivia.

- La recolección de la información será realizada de acuerdo al calendario de rondas establecido adjunto en anexo en los subdepartamentos clínicos.
- La vigilancia se realizará por 12 meses consecutivos al año
- Diariamente se registrarán los cultivos positivos en el laboratorio de Microbiología de los pacientes hospitalizados y además los cultivos de herida operatoria de pacientes ambulatorios.
- Se realizará una visita semanal a cada subdepartamento bajo vigilancia y 2 veces por semanas en las unidades de cuidado intensivo adulto pediátrico y neonatal y subdepartamento de obstetricia.
- La vigilancia de I.IH será realizada por la Enfermera de Infecciones intrahospitalarias, la cual visitará los subdepartamentos clínicos y revisará las fichas clínicas de los pacientes que tienen los factores de riesgo, diagnóstico asociados o cultivos detectados diariamente en el laboratorio de microbiología sugerentes de infección.
- La información será recolectada en sistema computacional en planillas Excel de vigilancia para cada localización y la notificación de infecciones será realizada por la Enfermera de control de infecciones intrahospitalarias en tarjetas de notificación.
- Toda duda de Diagnóstico de Infección Intrahospitalaria será analizada en conjunto con médico de Comité de I.IH. y se realizará revisión de fichas clínicas y análisis del caso señalado.

**INDICADORES A VIGILAR POR SUBDEPARTAMENTOS****1. HERIDA OPERATORIA PACIENTES OPERADOS DE HERNIA INGUINAL ELECTIVA E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA**

- Cirugía Adulto
- Cirugía Infantil
- Pensionado

Pacientes expuestos.

VIGILANCIA POST ALTA

**2. HERIDA OPERATORIA PACIENTES OPERADOS COLECISTECTOMÍA CRÓNICA POR LAPAROTOMÍA E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA**

- Cirugía Adulto
- Pensionado

Pacientes expuestos.

VIGILANCIA POST ALTA

3. **HERIDA OPERATORIA PACIENTES OPERADOS COLECISTECTOMÍA CRÓNICA POR LAPAROSCOPIA E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA**
  - Cirugía Adulto
  - Pensionado

Pacientes expuestos.  
VIGILANCIA POST ALTA
4. **CATÉTER URINARIO PERMANENTE ( MAS DE 24 HORAS ) E INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO**
  - Cirugía Adulto
  - Medicina
  - Unidad de Cuidados Intensivos Adulto
  - Unidad de Cuidados Intermedio
  - Neurocirugía
  - UCI pediátrica

Pacientes expuestos.  
Por días de exposición
5. **VENTILACIÓN MECÁNICA ( MAS DE 24 HORAS ) Y NEUMONIA.**
  - Unidad de cuidados intensivos Adultos
  - Unidad de cuidados intensivos Neonatal
  - Unidad de cuidados intensivos Pediátrica

Pacientes expuestos.  
Por días de exposición
6. **CATÉTER VENOSO CENTRAL (MAS DE 24 HORAS) E INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO**
  - Todo los pacientes hospital.

Pacientes expuestos.  
Por días de exposición.

  - Se vigilan separados catéter venoso central, catéter doble lumen diálisis, catéter hickmann, implante vascular, catéter venoso central instalado por vía periférica .
7. **CATÉTER UMBILICAL (MAS DE 24 HORAS) E INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO**
  - Unidad de neonatología

Pacientes expuestos.  
Por días de exposición.
8. **CATÉTER VENOSO CENTRAL Y NUTRICIÓN PARENTERAL (MAS DE 24 HORAS) E INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO**
  - Todo el hospital

Pacientes expuestos.  
Por días de exposición
9. **CATÉTER VENOSO CENTRAL DOBLE LUMEN DE HEMODIALISIS E INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO**
  - Todo el hospital

Pacientes expuestos.  
Por días de exposición
10. **HERIDA OPERATORIA CESÁREA E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA**
  - Obstetricia
  - Pensionado

Pacientes expuestos.

#### **11. PARTO VAGINAL Y ENDOMETRITIS**

- Obstetricia
- Pensionado

Pacientes expuestos.

#### **12. PARTO CESÁREA Y ENDOMETRITIS**

- Obstetricia
- Pensionado.

Pacientes expuestos.

Se vigilan separados pacientes cesarizadas con y sin trabajo de parto

#### **13. PARTO VAGINAL E INFECCIÓN DE EPISIOTOMÍA**

- Obstetricia.
- Pensionado.

Pacientes expuestos.

#### **14. PACIENTE NEUTROPÉNICO (MENOS DE 500 NEUTRÓFILOS) E INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO**

- Pediatría - Medicina Infantil - Lactantes
- Medicina Adulto
- Unidad de Cuidados Intermedios
- Pensionado

Días de neutropenia.

#### **15. LACTANTES CON ALTERACIÓN DE DEPOSICIONES E INFECCIÓN GASTROINTESTINAL**

- Pediatría - Lactantes
- Neonatología

Pacientes egresados.

#### **16. PACIENTE OPERADO DE PRÓTESIS DE CADERA E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA DE PRÓTESIS Y INFECCIÓN PROFUNDA**

- Traumatología
- Pensionado

Pacientes expuestos.

VIGILANCIA POST ALTA.

#### **17. PACIENTE OPERADO DE FRACTURA DE TOBILLO LIMPIA E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA DE TOBILLO**

- Traumatología

Paciente expuestos.

VIGILANCIA POST ALTA

#### **18. PACIENTE OPERADO CON CRANEOTOMÍA LIMPIA E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA CRANEOTOMÍA Y INFECCIÓN PROFUNDA**

- Neurocirugía.
- Pensionado.

Pacientes expuestos.

VIGILANCIA POST ALTA.

#### **19. PACIENTE OPERADO HERNIA NÚCLEO PULPOSO E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA**

- Neurocirugía.

- Pensionado.
  - Traumatología.
- Pacientes expuestos

VIGILANCIA POST ALTA

## **20. PACIENTE TRANSPLANTADO E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA**

- UCI. Y Urología.
- Pacientes expuestos

VIGILANCIA POST ALTA

## **21. PACIENTE NEONATOLOGÍA Y PIODERMITIS**

- Neonatología.
- Pacientes egresados.

## **22. PACIENTE NEONATOLOGÍA Y CONJUNTIVITIS**

- Neonatología.
- Días paciente hospitalizado.

## **23. PACIENTE OPERADO HERNIA INGUINAL ELECTIVA CON PROTESIS E INFECCION DE HERIDA OPERATORIA**

- Cirugía Adulto
- Cirugía Infantil
- Pensionado

Pacientes expuestos.

VIGILANCIA POST ALTA

## **24. PACIENTE OPERADA HISTERECTOMIA ABDOMINAL ELECTIVA E INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA**

- Ginecología
- Pacientes expuestos

VIGILANCIA POST ALTA

## **25. PACIENTE OPERADO DE RESECCION TRANSURETRAL E INFECCION URINARIA**

- Urología
- Pensionado

Pacientes expuestos

VIGILANCIA POST ALTA

## **26. PACIENTE POSTRADO Y NEUMONIA**

- Medicina
- Neurocirugía

Pacientes expuestos

## **II.- VIGILANCIA POST ALTA**

La vigilancia post alta será realizada por la Enfermera de control de IIH asignada al Comité de IIH por 11 horas bajo supervisión estrecha de la Enfermera de IIH, de acuerdo a las definiciones establecidas en el hospital.

1. Se realiza vigilancia post alta en los siguientes pacientes intervenidos quirúrgicamente de:

- Hernia inguinal simple en el subdepartamento de Cirugía adulto.
- Hernia inguinal simple en el subdepartamento de Cirugía infantil.

- Hernia inguinal limpia con prótesis intervenido en el subdepartamento de Cirugía adulto.
  - Colectomía en colecistitis crónica por laparoscopia en el subdepartamento de Cirugía adulto.
  - Colectomía en colecistitis crónica por laparotomía en el subdepartamento de Cirugía adulto.
  - Hernia del núcleo pulposo en el subdepartamento de Neurocirugía.
  - Craneotomías limpias en el servicio de Neurocirugía.
  - Prótesis de cadera operadas en el subdepartamento de Traumatología.
  - Fracturas limpias de tobillo operadas en el subdepartamento de Traumatología.
  - Herida operatoria cesarea operadas en subdepartamento de obstetricia
  - Histerectomía abdominal operada en el subdepartamento de Ginecología
2. Se solicitan mensualmente los protocolos operatorios de las intervenciones quirúrgicas sometidas a vigilancia y posteriormente se solicitan las fichas clínicas para buscar el diagnóstico de infección de herida operatoria en el control médico realizado, posterior a los 30 días de la intervención. Esta vigilancia se realiza por 9 meses consecutivos al año.

#### INDICADORES

- Numero de pacientes sometidos a vigilancia post alta con control médico X 100  
Numero total de pacientes sometidos a vigilancia post alta

#### UMBRALES DE CUMPLIMIENTO

- 85 %

#### REGISTRO DE INFORMACION

- La información será registrada en sistema computacional planilla Excel.
- las infecciones notificadas en tarjeta de notificación.

### III.-EVALUACION DE LA SENSIBILIDAD DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. **ESTUDIO DE PREVALENCIA:** para evaluar el sistema de vigilancia se realizara un estudio anual cuyo objetivo principal es conocer la sensibilidad de la vigilancia realizada. También nos permitirá detectar áreas problemas en grupos de pacientes que no estén sometidos al sistema de vigilancia como también detectar nuevos factores de riesgo de infecciones intrahospitalarias.

Este estudio será dirigido por el Medico del Comité de IIH y realizara en los meses de abril, agosto, o noviembre con la participación de Profesionales clínicos, médicos, enfermeras y matronas capacitados en el tema.

Se utilizará formulario de uso exclusivo para el estudio, el cual posteriormente será consolidado por el Médico del Comité de IIH y se calculará tasa de prevalencia de IIH del estudio y tasas específicas por cada localización y la sensibilidad detectada..

2. **ESTUDIOS DE CORTE RETROSPECTIVA:** para evaluar la sensibilidad del sistema de vigilancia se podrá realizar también estudios de cohorte retrospectivo de una muestra representativa de los pacientes hospitalizados durante el año con los diferentes procedimientos invasivos mas importantes como son: ventilación mecánica, catéter venoso central, catéter urinario. La muestra será seleccionada por números aleatorios de los pacientes sometidos a vigilancia.

#### INDICADORES

- Número de IIH notificada por vigilancia activa X 100  
Número de IIH notificada en estudio de prevalencia o estudio de cohorte retrospectiva

#### UMBRAL DE CUMPLIMIENTO

- 85 %

**REGISTRO DE INFORMACION**

- Informe de estudio de prevalencia.

**OTROS ESTUDIOS:****IV EVALUACION DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA:****1. CEPAS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS:**

Para efectos de notificación nacional se han seleccionado algunos microorganismos aislados de pacientes con infecciones intrahospitalarias y antimicrobianos trazadores . Esta información se evaluará en los meses de Abril y septiembre de cada año, de acuerdo a criterios de Sistema de vigilancia de I.IH. MINSAL 1998.

**2. CEPAS AISLADAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS .**

Se realizará estudio de resistencia antimicrobiana en cepas de mayor incidencia en el Hospital y en subdepartamentos clínicos con mayor frecuencia de aislamiento de dichas cepas, durante el año calendario . La información cumplirá con los siguientes requisitos:

- Se consideran cepas de pacientes hospitalizados, por lo que se incluyen agentes de I.IH. y de infecciones de la comunidad.
- Se considerará una cepa por paciente, cuando una cepa presenta el mismo biotipo y antibiotipo, en el periodo estudiado.

**INDICADORES**

- Nº de informes de cepas de infecciones intrahospitalarias enviados al MINSAL X 100  
Nº de informes definidos por norma Ministerial de cepas intrahospitalarias.
- Nº de Subdepartamentos Clínico con informe de Resistencia antimicrobiana x100  
Nº de Subdepartamentos clínicos programados según norma.

**UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 85 %

**SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN**

- Planilla informe epidemiológico Microscan.
- Planilla Excel vigilancia cepas laboratorio bacteriología.
- Informes a Subdepartamentos Clínicos.

**V ESTUDIOS DE LETALIDAD**

Las I.H. aumentan la mortalidad hospitalaria. La mayor letalidad esta dada por las infecciones del torrente sanguíneo y por la neumonía intrahospitalaria. Los estudios de letalidad son útiles para conocer el impacto de las I.H. en la salud de los pacientes y por otra parte pueden reflejar la prontitud y calidad del diagnóstico y del tratamiento.

El estudio de letalidad se realizara por auditoria de casos la cual será realizada por el médico del programa en conjunto con el médico jefe de Subdepartamento respectivo, el cual podrá delegar en un Médico clínico, esta auditoria se realizara semestralmente la cual posteriormente será enviada al Minsal.

**INDICADORES**

- Nº de informes de letalidad realizados X100 .  
Nº de informes programados

**UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 80 %

## **SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN**

- La información de la mortalidad será obtenida de la vigilancia y de la mortalidad enviada de la SOME y será consolidada en formulario del sistema de vigilancia nacional de I.H.

## **CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

La información recolectada será consolidada para su análisis en forma de tasas de I.H. Las tasas de I.H. que utiliza el sistema de vigilancia son específico para cada tipo de infección y se denominarán también como indicadores. Esta información será consolidada separada por cada subdepartamento clínico al cual se vigile en forma mensual y trimestralmente.

### **TIPOS DE TASAS DE I.H.**

- **PACIENTES INFECTADOS / PACIENTES EXPUESTOS POR 100**  
Este indicador se utiliza cuando la exposición es única y solo se espera un episodio de I.H. por paciente.
- **EPISODIOS DE I.H. / DÍAS DE EXPOSICIÓN POR 100** Este indicador se utiliza cuando la exposición es prolongada en el tiempo y se pueden presentar varios episodios de I.H. durante este período.

**En la vigilancia nacional de infecciones intrahospitalarias se describen tres tipos de indicadores.**

- **OBLIGATORIOS:** todos los hospitales deben realizar vigilancia anual de al menos nueve meses consecutivos.
- **CONDICIONALES:** los hospitales que tengan la condición de tener 40 pacientes expuestos deben realizar vigilancia obligatoria de al menos 9 meses consecutivos al año.
- **SALUD DEL PERSONAL** son indicadores de aspectos de la atención que guardan relación con las I.H. EN EL PERSONAL DE LA SALUD.

## **INDICADORES**

### **OBLIGATORIO:**

- ◇ Número de pacientes con catéter urinario permanente (24 o más horas) e infección urinaria / número de pacientes con catéter urinario permanente (24 o más horas).
- ◇ Número de pacientes con catéter venoso central permanente (24 o más horas) e infección del torrente sanguíneo / número de pacientes con catéter venoso central (24 o más horas).
- ◇ Número de pacientes con catéter venoso central y nutrición parenteral total (24 o más horas) e infección del torrente sanguíneo / número de pacientes con catéter venoso central y nutrición parenteral total (24 o más horas).
- ◇ Número de pacientes infección del torrente sanguíneo con catéter umbilical permanente (más de 24 horas) / número días exposición con catéter umbilical permanente.
- ◇ Número de neumonías en pacientes en ventilación (24 o más horas) / número de días exposición a ventilación mecánica.
- ◇ Número de endometritis posparto vaginal / número de mujeres con parto vaginal.
- ◇ Número de endometritis posparto cesárea / número de mujeres con parto cesárea.
- ◇ Número de endometritis posparto cesárea sin trabajo de parto / número de mujeres con parto cesárea sin trabajo de parto.
- ◇ Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de hernia inguinal / número de pacientes operados de hernia inguinal.
- ◇ Número de infecciones de herida operatoria en cesárea / número de pacientes operadas de cesárea.

- ◇ Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistitis crónica por laparotomía / número de pacientes operados de colecistitis crónica por laparotomía.
- ◇ Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistitis crónica por laparoscopia / número de pacientes operados de colecistitis crónica por laparoscopia.
- ◇ Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24 o más horas) / número de días catéter urinario.
- ◇ Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central permanente (24 o más horas) / número de días catéter venoso central.
- ◇ Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con nutrición parenteral total (24 o más horas) / número de días nutrición parenteral total.
- ◇ Número de pacientes con diarrea aguda en lactantes / número de lactantes hospitalizados en el período.

#### **INDICADORES DE CALIDAD**

- $\frac{\text{Número de pacientes vigilados por cada localización}}{\text{Número total de pacientes sometidos a procedimiento por cada localización}} \times 100$

#### **UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 50 % Parto vaginal
- 60% Parto cesárea
- 80 % Otros procedimientos

#### **SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACION**

- Informe trimestral a MINSAL
- Informe trimestral tasas específicos.

#### **EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO**

- Revisión de registros citados.

#### **CONDICIONAL:**

- ◇ Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes neutropénicos (< 500 neutrófilos por ml) / número de días de hospitalización de pacientes neutropénicos (< 500 neutrófilos por ml.).
- ◇ Número de pacientes con IHO en cirugía de implantes total de cadera / número de pacientes operados de implante total de cadera.
- ◇ Número de pacientes con infección profunda en cirugía de implantes parcial de cadera / número de pacientes operados de implante parcial de cadera.

#### **INDICADORES DE CALIDAD**

- $\frac{\text{Número de pacientes inmunosuprimidos menos } 500/\text{mm}^3 \text{ vigilados}}{\text{Número total de pacientes inmunosuprimidos menos } 500/\text{mm}^3} \times 100$

#### **UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 100 %

#### **SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACION**

- Informe trimestral a MINSAL
- Informe trimestral tasas específicos.

#### **EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO**

- Revisión de registros citados.

**OTROS INDICADORES:**

- ◇ Número de pacientes con IHO en craneotomías limpias / número de pacientes operados de craneotomía limpia.
- ◇ Número de pacientes con infección profunda en craneotomías limpias / número de pacientes operados de craneotomía limpia.
- ◇ Número de infección de episiotomía / número de mujeres con parto vaginal
- ◇ Número de pacientes con IHO en trasplantes renales / número de pacientes operados de trasplantes renales.
- ◇ Número de pacientes con IHO en cirugía limpia de fractura de tobillos/ número de pacientes operados de cirugía limpia de tobillo.
- ◇ Número de pacientes con IHO en cirugía limpia de hernia inguinal con prótesis / número de pacientes operados de hernia inguinal con prótesis.
- ◇ Número de pacientes con IHO en histerectomía abdominal electiva / número de pacientes operadas de histerectomía abdominal electiva.

**INDICADORES DE CALIDAD**

- Numero de pacientes vigilados por cada localización X100

Número total de pacientes con el factor de riesgo en cada localización

**UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 80 %

**SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACION**

- Informe trimestral a MINSAL
- Informe trimestral tasas específicos.

**EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO**

- Revisión de registros citados.

**DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

La información consolidada trimestralmente será presentada al Comité de I.IH. y enviada a la Subdirección Médica, jefaturas de los Subdepartamentos Clínicos y Unidades de Apoyo, Enfermeras y Matronas Supervisoras, en las cuales se hará un análisis de esta y recomendaciones / programas de intervención de acuerdo a los problemas pesquisados.

Semestralmente serán enviados informe de microorganismos y anualmente la sensibilidad antimicrobiana para las cepas de infecciones intrahospitalarias.

Trimestralmente esta información será enviada al Ministerio de Salud en los formularios correspondiente.

La prevalencia de la sensibilidad de las cepas de infecciones intrahospitalarias se enviara a ministerio de salud los meses de Abril y Septiembre en los formularios correspondientes.

**MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

El proceso de mejoría continua de la calidad de la atención, en que se incluye la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias requiere de la actualización periódica de las prácticas de atención de los pacientes.

Los mecanismos que aseguran que el proceso se realiza en la mejor forma con los recursos existentes contemplan:

- Actualización de la normativa.
- Capacitación de equipo de salud para la aplicación de la normativa y la actualización de la normativa de acuerdo al fundamento científico con énfasis en las medidas comprobadas sustentadas en la medicina basada en la evidencia.
- Supervisión del cumplimiento de los indicadores.

## **NORMAS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

1. La actividad de elaboración, actualización y difusión de la normativa es de responsabilidad del Comité Vigilancia de IIH el cual puede delegar a otros integrantes con conocimientos y formación en la materia requerida bajo estricta supervisión de este. Antes de elaborar la norma se deberá hacer una revisión bibliográfica sobre la materia.
2. Las normas locales deben estar basadas en las normas nacionales.
3. El formato que debe tener las normas en el Hospital Regional Valdivia es el siguiente:
  - Nombre de la Norma este debe reflejar lo que contiene.
  - Introducción este nos presenta la problemática nacional y local respecto al tema.
  - Objetivo de la norma
  - Personal a quien va dirigida la quien va dirigida.
  - Cuerpo de la norma conceptos que siempre deben cumplirse.
  - Bibliografía, basadas en la medicina basada en la evidencia y medidas comprobadas de prevención de infecciones intrahospitalarias.
  - Nombre del profesionales que participaron en la actualización.
  - Firma de l Comité de IIH y del Director del Hospital.
4. Las Normas deberán ser actualizados a diciembre del año calendario correspondiente.

### **INDICADORES**

- Nº de normas que cumplen con los requisitos establecidos en protocolo X100  
Nº total de normas elaboradas

### **UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 90%

### **SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACION**

- Manual de normas de infecciones intrahospitalaria

### **EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO**

- Revisión de registros citados.

El hospital cuenta en la actualidad con las siguientes normativas de prevención de IIH:

- Norma Nº 1 Desinfección de alto nivel
- Norma Nº 2 Preparación de material
- Norma Nº 3 Antiséptico y desinfectantes.
- Norma Nº 4 Lavado de manos
- Norma Nº 5 Prevención de infección urinaria asociada a catéter urinario permanente.
- Norma Nº 6 Precauciones estandar.
- Norma Nº 7 Prevención de infecciones del torrente sanguíneo.
- Norma Nº 8 Técnica aséptica.
- Norma Nº 9 Vigilancia a exposiciones laborales por accidentes con material cortopunzante.

- Norma N° 10 Prevención de infecciones asociadas a procedimientos sobre la vía respiratoria.
- Norma N° 11 Prevención de infección del sitio quirúrgico.
- Norma N° 12 Uso de material desechable
- Norma N° 13 Manejo de material estéril.
- Norma N° 14 Aislamiento de pacientes.
- Norma N° 15 Saneamiento ambiental básico.
- Norma N° 16 Brotes epidémicos.
- Norma N° 17 Prevención de endometritis.
- Norma N° 18 Uso de guantes
- Norma N° 19 Manejo áreas críticas menores.
- Norma N° 20 Restricciones de trabajo en caso de enfermedades infecciosas.

## **CAPACITACION**

La capacitación continua del equipo de salud debe ser consideradas una de las actividades claves en la modificación de las prácticas habituales hacia prácticas de atención más seguras y eficientes. Esta capacitación continua contempla al menos 2 aspectos la orientación al hospital y la capacitación continua propiamente tal.

## **PROGRAMA DE ORIENTACION**

1. La orientación es una actividad que debe ser realizada por todas las personas que ingresan al hospital y contempla 2 aspectos:
  - La orientación general al programa de infecciones intrahospitalaria que es realizada por el Comité de IIIH
  - La orientación que deben recibir de parte de los subdepartamentos para incorporarse a desempeñar tareas específicas.
2. Orientación general al programa de infecciones tiene los siguientes objetivos:
  - Dar a conocer el programa de infecciones intrahospitalarias al personal que ingresa al Hospital Base Valdivia.
  - Lograr adhesividad al programa de infecciones intrahospitalarias.
  - Crear conciencia al personal que ingresa, de la importancia de la prevención ante el problema.
  - Dar a conocer normativa de prevención existente en Hospital Base Valdivia.
  - Incorporación el lavado de manos como primera medida de prevención de I.IH.
  - Conocer el programa de prevención y control de I.IH. en el personal hospitalario.
  - Dar a conocer las principales actividades desarrolladas por la Unidad de Salud Ocupacional (U.S.O.), con el personal dependiente de la jurisdicción del Servicio de salud valdivia y alumnado de la Facultad de Medicina de la U.A.CH.
  - Dar a conocer los procedimientos más frecuentes asociados a accidentes de trabajo.
3. El programa de orientación esta dirigido a:
  - 100% del personal que ingresa contratado en el Hospital Base Valdivia.
  - 100% del personal que realiza reemplazos en al Hospital Base Valdivia.
  - 100% de los becados del subdepartamento y de la Universidad Austral de Chile.
  - 100% de los alumnos de las carreras de la Facultad de Medicina de la U.A.CH., que ingresen al Hospital Base Valdivia.
  - 100% del personal que realice estadías de perfeccionamiento en el Hospital Base Valdivia.
  - Alumnos curso de Técnicos Paramédicos.
  - Personal antiguo que no ha recibido capacitación en el tema.
  - Personal antiguo capacitado que por su interés o el de su jefatura requiera actualización
4. El programa de orientación se realizara 3 veces al año abril, agosto y diciembre.

5. Las clases tendrán las características mutiprofesionales y se realizarán en un calendario preestablecido, el cual será difundido a los subdepartamentos del Hospital Base Valdivia.
6. La citación deberá hacerse a través de Oficina de Personal del Hospital Base Valdivia, para el personal que realice reemplazos o sea contratado por el subdepartamento.
7. Para los becados, internos y alumnos de las carreras de la Facultad de Medicina de la U.A.CH., se hará llegar un calendario a la Decanatura de dicha Facultad y será responsabilidad de los coordinadores de los cursos, que éstos cumplan con este requisito.
8. A los alumnos del curso de auxiliares, se los incorporará en el momento que ingresen, como primera actividad de su práctica clínica.
9. El personal antiguo será citado por la jefatura de cada subdepartamento y deberá inscribirse en secretaría del Comité de I.IH.

#### **INDICADORES**

- Nº de asistentes al programa de orientación programados durante el año X100  
Nº total de personal citados al programa de orientación por oficina de personal
- Nº de personal antiguo asistentes al programa de orientación programados durante el año X100  
Nº total de personal citados al programa de orientación por oficina de personal
- Nº de asistentes al programa de orientación programados para UACH durante el año X100  
Nº total de alumnos citados al programa de orientación para UACH

#### **UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 85%

#### **SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACION**

- Listados de citación de personal.
- Listado de asistencia al programa de orientación.

#### **PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA**

1. **PROGRAMA DE ORIENTACION** Se utilizara el programa de orientación para realizar la capacitación continua de temas generales que trascienden a todos los subdepartamentos del hospital. Las Jefaturas de los Subdepartamentos deberán enviar al personal cada 3 años a realizar una actualización en los siguientes temas:
  - Conceptos generales y definiciones de I.IH.
  - Técnica aséptica y lavado de manos.
  - Precauciones Estandar y aislamiento de pacientes.
  - Salud de personal y accidentes cortopunzantes.

#### **INDICADORES**

- Número de personal antiguo asiste a programa de orientación en año X 100  
Número de personal antiguo a capacitar programado cada año calendario

#### **UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 85 %

#### **SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACION**

- Listado de asistencia al programa de orientación.
- Listado de inscripción por parte de la jefatura de subdepartamento.

#### **2. CAPACITACIÓN PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN**

La capacitación continua tiene por objeto actualizar conocimientos, modificación de las practicas de atención y la forma de realizar determinadas actividades en el trabajo.

La capacitación puede ser realizada a través de diferentes instancias tales como reuniones clínicas, reuniones, técnicas y difusión de documentos.

Las actividades educativas pueden ser:

- Incidentales ante un problema de trasgresión específico la norma pesquisado.
- Programadas para implementar o modificar determinada práctica, la cual puede ser realizado en el desarrollo de programa de intervención específico ante una problemática de IIH de cada Subdepartamento.

### **INDICADORES**

- Nº de médicos capacitado en programa específico de control de IIH \_\_\_\_\_ X 100  
Nº de médicos del subdepartamento
- Nº de otros profesionales capacitado en programa específico de control de IIH \_\_\_\_\_ X 100  
Nº de otro profesionales del subdepartamento
- Nº de técnicos paramédicos capacitado en programa específico de control de IIH \_\_\_\_\_ X 100  
Nº de técnicos paramédicos del subdepartamento

### **UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 85 %

### **SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACION**

- Listado de asistencia al programa de capacitación en subdepartamento.
- Programa de capacitación en intervención específica

### **SUPERVISION**

Es el conjunto de actividades destinadas a observar el cumplimiento de las prácticas de una organización. Este puede ser desarrollado por los diferentes métodos:

- Auditoria.
- Observación directa.
- Algoritmo.

El programa de supervisión debe ser anual y desarrollado en los Subdepartamentos Clínicos por los Jefes de Subdepartamento y Enfermeras Supervisoras y adecuada a los procedimientos mas frecuentes y de mayor riesgo de IIH, de acuerdo a las tasas de IIH del Subdepartamento.

Existe un Programa de Supervisión centralizado para ser utilizado por los Subdepartamento s.

### **INDICADORES**

- Número de pautas aplicadas por programa de supervisión X 100  
Número total de pautas programadas en programa de supervisión específico

### **UMBRAL DE CUMPLIMIENTO**

- 85 %

### **SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACION**

- Programa de supervisión
- Pautas aplicadas

## **PROGRAMA DE INTERVENCION**

El Diagnóstico epidemiológico nos permite detectar problemas mediante la evaluación de prácticas de atención, si en cada Institución existen para las principales prácticas de atención:

- Normas de prevención y control de I.IH.
- Capacitación
- Supervisión

### **PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS**

- Frecuencia: basado en el numero total notificado o las tasas.
- Gravedad: basado en mortalidad o presencia de complicaciones.
- Costo: de la I.IH. Considerando estadía, uso de antimicrobianos, etc.
- Reversibilidad: factibilidad de enfrentar el problema y reducirlo.

Se debe asignar puntaje de 1 a 7 para cada rubro para posteriormente priorizar y elaborar Programa de Medidas de Control

### **VIGILANCIA ACTIVA HOSPITAL BASE VALDIVIA 2006-2007**

<u>HORARIO</u>	<u>LUNES</u>	<u>MARTES</u>	<u>MIERCOLES</u>	<u>JUEVES</u>	<u>VIERNES</u>
	<u>LABORATORIO</u>				
	<u>VIROLOGIA</u>				
14- 17 Hrs. Sra Nora Leal	UCI ADULTA INTERMEDIO NEONATOLOGIA UCI PEDIATRICA	MEDICINA	TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	UCI ADULTA INTERMEDIO NEONATOLOGIA UCI PEDIATRICA	MEDICINA
14 – 17 Hrs. Sra. Claudia Advis	OBSTETRICIA NEUROCIRUGIA	GINECOLOGIA CIRUGIA	OBSTETRICIA UROLOGIA C. INFANTIL	PENSIONADO NEUROCIRUGIA	OBSTETRICIA CIRUGIA

<u>HORARIO</u>	<u>LUNES</u>	<u>MARTES</u>	<u>MIERCOLES</u>	<u>JUEVES</u>	<u>VIERNES</u>
	<u>LABORATORIO</u>				
	<u>VIROLOGIA</u>				
Sra. Claudia Advis O Sra. Nora Leal	UCI ADULTA INTERMEDIO NEONATOLOGIA UCI PEDIATRICA	OBSTETRICIA MEDICINA	TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA CIRUGIA	NEUROCIRUGIA C. INFANTIL UROLOGIA	OBSTETRICIA PENSIONADO

**BIBLIOGRAFIA:**

- Manual Sistema de Vigilancia IIIH . Minsal 1998.
- Manual de Prevención y Control de IIIH . Minsal 1993.

**Enf. Nora Leal Alarcón**  
**Enfermera Comité de I.IH.**  
**Hospital Base Valdivia**

**Dra. M. Carolina Cruz Paredes**  
**Médico de Comité de I.IH.**  
**Hospital Base Valdivia**

**DR. PATRICIO ROSAS BARRIENTOS**

**Director**  
**Hospital Base Valdivia**

**Actualización Valdivia diciembre 2006.**

Actualización Valdivia, agosto 2004.

Actualización Valdivia Octubre 2001.

Actualización Valdivia Octubre 1999.

Elaboración Valdivia abril 1996.