

CONSENSO NACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD (IACS) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Introducción: las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en Argentina

Las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) representan un problema sanitario controlable que afecta fundamentalmente a los pacientes hospitalizados y que, además de prolongar el tiempo de estancia, aumentan la morbilidad y los costos para el sistema sanitario y para la comunidad en general.

Las IACS afectan a millones de personas alrededor del mundo independientemente del nivel de desarrollo de los países. Entre un 3% y un 17 % de los pacientes que requieren internación se ven afectados por esta problemática, contribuyendo al incremento de la mortalidad en aproximadamente un 4% y causando directamente cerca del 1% de las muertes(1). La Organización Panamericana de la Salud estima que uno de cada 20 pacientes ingresados en un hospital contraerá una infección, simplemente por el hecho de estar hospitalizado(2). De manera alarmante, para algunos de los patógenos causantes de IACS, no existe tratamiento antibiótico eficaz, por lo cual se deben invertir grandes sumas en infraestructura y equipamiento para limitar la diseminación de la infección.

En el año 2008 se desarrolló el estudio IBEAS, para investigar la prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. A nivel global, los cinco eventos adversos (EA) más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica

(8,2%), las úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con las intervenciones quirúrgicas o procedimientos (6,4%) y la sepsis o bacteriemia(5%). En la Argentina se encontró que los EA detectados estaban relacionados con la infección nosocomial en un 37,34%(3).

Según Quirós(4), en promedio, las IACS incrementan en 6 días la estadía en los servicios de internación hospitalaria, con una mortalidad atribuible del 8%. En el mismo trabajo se indica que se producen 250.000 infecciones hospitalarias por año. Esto representa a nivel nacional 1.600.000 días extras de internación y 29.000 muertes atribuibles al año.

En el año 2015 se efectuó el 17 Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de IACS de la Argentina, llevado adelante por el Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias de la Secretaría de Gobierno de Salud, con sede en el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara INE-ANLIS(5). Los datos reportados corresponden a 122 hospitales de 22 provincias, y recogieron la información de 505 unidades de internación, sobre un total de 10698 camas relevadas y 4920 pacientes encuestados, los cuales fueron cargados en SisWEP, software desarrollado ad-hoc para la gestión y análisis de la información recolectada.

Entre los resultados centrales de esta investigación cabe destacar que:

- La Tasa de IACS en adultos es de 9,61 pacientes con IACS/4266 pacientes adultos. De estas infecciones, el 25,23% corresponden a infección del tracto urinario, 20,43% a infección del sitio quirúrgico, 15,14% a neumonía, y 14,68% a infección primaria de la sangre.
- La Tasa de IACS en niños es de 5,66 pacientes pediátricos con IACS/654 pacientes pediátricos; de allí se desprende que el 23,68%

corresponden a infección primaria de la sangre y neumonía en forma simultánea, el 21,05% a infecciones del sitio quirúrgico, y el 13,16% a infección del tracto urinario.

Asimismo, en base a los datos reportados por 143 hospitales de 24 jurisdicciones, en el marco del Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA) de la Secretaría de Gobierno de Salud, con sede en el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara INE-ANLIS, cabe mencionar que, en adultos, las tasas de los procedimientos vigilados en las unidades de cuidados intensivos se mantuvieron estables en los últimos cinco años. Las neumonías asociadas a ventilación mecánica (NEU-ARM) en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA POL) presentan tasas que oscilaron desde el inicio del programa entre 12,4 y 17,3 episodios por cada mil días de procedimiento. Las tasas de infección primaria de la sangre asociada a catéter central (IPS-CC) en UCIA POL variaron entre 4,9 y 4,1 episodios por cada mil días paciente. En lo que respecta a las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario (ITU-CU) en UCIA POL, las tasas desde el 2010 hasta el 2014 oscilaron entre 3,16 a 3,59 % (6).

Debido a la creciente preocupación global por la pandemia de IACS, la Organización Mundial de la Salud y la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente están promoviendo estrategias para el control de las mismas, ya que una considerable proporción de estas enfermedades son prevenibles, utilizando intervenciones con una alta efectividad y bajo costo.

Componentes de los Programas de Prevención y Control de las IACS (PPCI)

El carácter singular de las IACS, en cuanto a sus consecuencias en la morbilidad, la mortalidad, al aumento del costo de la atención hospitalaria y a sus implicancias para el campo de la seguridad del paciente, pone de relieve que es necesario implementar un programa de prevención y control de estas infecciones, con un permanente trabajo de supervisión, validación y evaluación de los procedimientos y procesos involucrados en la atención de los pacientes.

Muchas de estas patologías podrían ser evitadas mediante programas de prevención y control, por lo cual se hace necesario definir las pautas para la implementación de los mismos en los establecimientos de salud.

Dichos programas, es decir, la sistematización ordenada de las acciones destinadas a controlar, prevenir y vigilar los riesgos de infección en los pacientes, sus familias y el personal de salud, constituyen la herramienta ideal para el diseño y aplicación de una estrategia tendiente a la disminución de la morbimortalidad por IACS.

Estas medidas de prevención y control deben ser adaptadas a la complejidad de cada institución. Si bien hay prácticas generales que deben efectuarse, es necesario realizar una ecuación que evalúe el equilibrio y la racionalidad para la aplicación y adaptación de las mismas a los diversos contextos hospitalarios, determinando sus componentes esenciales de acuerdo al tipo de cuidado provisto.

En el presente consenso se recomienda que las acciones programáticas se desarrollen en base a los componentes propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(7) y por el Documento de Consenso Interinstitucional sobre el Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de

Salud de la República Argentina; elaborado conjuntamente por el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" INE-ANLIS, la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y la Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI)(8). Los mismos son: la organización de los programas de prevención y control de infecciones, el desarrollo de guías, la educación en prevención y control de infecciones, la vigilancia, el uso de estrategias multimodales para implementar medidas de prevención y control, el equipamiento y medio ambiente hospitalario, el programa de monitoreo y evaluación, la relación personal paciente (staffing), carga de trabajo y ocupación de camas.

Componente 1: Organización del Programa

El programa adaptará sus acciones a las recomendaciones y a los alertas epidemiológicos emitidos por las autoridades de salud pública. Asimismo, las actividades de prevención y control de IACS deben estar integradas dentro del programa anual de gestión de la calidad y seguridad del paciente de la organización.

a) Estructura y contenido

La institución definirá estructuras y responsabilidades para el desarrollo e implementación de un PPCI mediante un documento oficial que nombre a los responsables del programa y que describa las funciones para cada uno de ellos.

Estos responsables del control de infecciones dependerán de la dirección de la institución y contarán con el aval formal de las autoridades para desarrollar las tareas requeridas.

b) Equipo técnico- profesional

El equipo debe contar como mínimo con:

Un profesional médico con capacitación formal en gestión, epidemiología y prevención y control de infecciones. Su dedicación será de 35 horas semanales. Debe tener reemplazo asignado ante licencias.

Licenciados en Enfermería. De acuerdo a recomendaciones internacionales(7) se aconseja no menos de 1 enfermera/o con capacitación formal en epidemiología, prevención y control de infecciones por cada 100 camas. Los mismos deberán tener dedicación exclusiva y reemplazo asignado ante licencias. Se seleccionará a uno de los miembros del equipo para que cumpla el rol de responsable del Programa.

c) Comité de Control de Infecciones (CCI)

Definición

El Comité de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud (CCI) es un grupo interdisciplinario de carácter consultivo, constituido por personas comprometidas con la seguridad de los pacientes y el control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Su responsabilidad principal será la de generar el consenso institucional necesario para implementar las actividades previstas por el Programa de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (PPCI). En este sentido, su función será la de tomar decisiones consensuadas entre sus integrantes para mejorar y jerarquizar

la prevención y el control de las IACS.

Constitución del Comité

El Comité estará a cargo de un presidente, preferiblemente el director de la institución o, en su defecto, quien este designe. Este cargo será desempeñado por un profesional con capacidad de tomar decisiones dentro del establecimiento, con formación en gestión, prevención y control de enfermedades transmisibles y vigilancia epidemiológica.

El rol de coordinador del comité será ocupado por el profesional a cargo del Programa de Prevención y Control de Infecciones. El mismo tendrá la responsabilidad de representar al comité dentro del hospital, especialmente con las autoridades, y de dirigir las reuniones.

El Comité estará conformado asimismo por representantes de la dirección médica y de la administración. También formarán parte del mismo el personal médico y de enfermería de las diferentes áreas o departamentos alcanzados por el programa de prevención y control de infecciones.

Se incorporarán miembros que representen al servicio de microbiología, al de esterilización, al de capacitación y al personal de limpieza y/o de alimentación (en caso que la agenda lo justifique). De la misma forma, se convocará a un representante de otras áreas, en función de los proyectos que se desarrollen en el establecimiento y de su complejidad. Es necesario también que el CCI cuente con un secretario administrativo, siendo aconsejable que forme parte del equipo del servicio que dirige el programa de PCI.

Los miembros del Comité se seleccionarán en función de su conocimiento, interés en el tema y capacidad de conducción y liderazgo de sus servicios. En virtud de su participación, aquellos que formen parte del

mismo, tendrán la posibilidad de realizar un proceso de formación continua en la temática. Ellos serán los referentes de la temática en su servicio y se encargarán de relevar sus necesidades, elevar al comité las propuestas de mejora continua y retroalimentar al Programa de Prevención y control de IACS sobre las dificultades en la implementación de sus actividades, orientándolo sobre posibles estrategias que faciliten su ejecución y serán parte de la implementación de estrategias que trasciendan a sus servicios (Ej implementación de campaña para mejorar la adherencia a la higiene de manos).

Funcionamiento del Comité

El comité se reunirá una vez por mes, actuando articuladamente con el Programa de Prevención y Control de Infecciones. Se generará una agenda de temas que será publicada antes de cada reunión junto con la minuta del encuentro anterior.

A tal efecto, el CCI llevará un registro de actas foliado donde consten los temas desarrollados, las propuestas y las firmas de los participantes (aclarando nombre, apellido y servicio de pertenencia) en cada reunión.

El CCI debe tener disponible un espacio físico donde reunirse cada vez que se convoque a un encuentro de sus miembros.

Actividades a desarrollar por el CCI

En el ámbito del comité se analizarán las tendencias de las IACS a lo largo del tiempo, los microorganismos aislados y la sensibilidad a antibióticos, como así también se realizará el estudio de brotes y

epidemias. Asimismo, se acordarán los proyectos prioritarios según las necesidades institucionales; decidiéndose la programación sobre vigilancia, las guías y protocolos que se desarrollarán o adaptarán, la política pos-exposición para el personal y las acciones de educación a equipos de salud, pacientes y familiares. Además, se analizarán todos los temas emergentes que requieran tratamiento del comité, y aquellos que deban desarrollarse de modo continuo en la institución para lograr los objetivos propuestos por el Programa de PCI.

Además, el CCI será el encargado de recomendar a la Dirección Médica y a la Administración los recursos humanos, físicos y los insumos necesarios para cumplimentar las acciones del PPCI a nivel departamental e institucional

d) Metas, objetivos e indicadores

Se establecerán las metas, los objetivos e indicadores para el PPCI, los cuales deberán ser revisados o actualizados al menos una vez por año. Asimismo, el cumplimiento de estas metas y objetivos será supervisado y evaluado periódicamente; registrando las evidencias que demuestren la toma de decisiones para el cumplimiento del programa.

También será fundamental el uso de una matriz de riesgos para definir prioridades en la prevención y el control de las infecciones asociadas a dispositivos (accesos vasculares centrales, catéter urinario, ventilador mecánico), a procedimientos (quirúrgicos, endoscopías, etc.); y su integración con las estrategias de vigilancia y control de los organismos multirresistentes y los programas para el uso racional de los antimicrobianos.

El alcance del PPCI deberá considerar medidas tendientes al control y la

prevención de IACS en los pacientes, el personal de salud, las visitas y acompañantes de los enfermos. Las bases para los PPCI serán el conocimiento científico actual y la mejor evidencia disponible, además de las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Asimismo, el programa elaborará un plan anual de capacitación para el personal de salud, para los pacientes y para los familiares.

e) Recursos necesarios para el funcionamiento del PPCI

Recursos materiales básicos

Espacio físico, Apoyo informático, equipo de computación e impresora, acceso permanente a Internet y sistemas de gestión de la información que le den respaldo. El programa deberá contar también con personal administrativo para su ejecución.

Componente 2: Guías y protocolos para el control y la prevención de las IACS.

El programa desarrollará o adaptará a su contexto guías, manuales, protocolos y/o procedimientos, preferentemente basados en la mejor evidencia disponible destinadas a la prevención y control de infecciones, así como la contención de la resistencia microbiana. Se debe educar y entrenar a los profesionales de salud respecto de la implementación de estas guías, así como monitorizar la adherencia e implementación de las mismas.

Considerando el nivel de complejidad, tamaño y recursos de los efectores, se sugiere que los PPCI cuenten con protocolos sobre las siguientes temáticas:

- Utilización de precauciones estándar.
- Utilización de precauciones expandidas basadas en la transmisión.
- Manejo de residuos y limpieza ambiental.
- Gestión del uso de antimicrobianos.
- Selección y uso apropiado de antisépticos.
- Prevención de infecciones asociadas a dispositivos.
- Prevención de las infecciones de sitio quirúrgico.
- Prevención y manejo de las infecciones en pacientes inmunocomprometidos.
- Manejo de las construcciones y/o remodelaciones en la institución.
- Reducción del riesgo de infección en recién nacidos.
- Esterilización y Desinfección de Alto Nivel de productos de uso médico.
- Programa de inmunización del personal.
- Prevención y manejo de los accidentes por exposición.
- Manejo del personal con infecciones transmisibles al resto del personal y a los pacientes.

El PPCI además monitorizará la implementación y adherencia a las diferentes guías y protocolos adoptados.

Componente 3: Educación y entrenamiento en el control y la prevención de IACS.

Las actividades de capacitación que se desarrollen en el marco de los PPCI deben ser parte del plan de educación anual general de cada institución. Las mismas serán elaboradas y coordinadas por el equipo técnico profesional del Programa en base a las recomendaciones

efectuadas por las guías y protocolos.

Las capacitaciones se dirigirán a todo el personal de salud en atención directa a pacientes (equipo clínico y de unidades de apoyo) y también a los pacientes, su familia y al público en general. Las mismas pueden ser basadas en diferentes estrategias como: la educación incidental, charlas comunitarias sobre la prevención de infecciones, entrega de material impreso con medidas que ayuden a prevenir infecciones, educación a través de videos informativos, información a través de la página web oficial del establecimiento.

La evaluación de los resultados de las actividades de formación debe efectuarse periódicamente, quedando registrada formalmente.

Por otra parte los profesionales del equipo de prevención y control de las IACS deben contemplar asistir al menos a dos capacitaciones por año que actualicen su formación como profesional de prevención y control de infecciones.

Componente 4: Sistema de vigilancia

Se recomienda a los hospitales que implementen un PPCI que se adhieran al Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) del Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" (INE) de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), de la Secretaría de Gobierno de Salud.

La adhesión al Programa VIHDA le permitirá a los efectores contar con información para realizar las comparaciones con sus tasas de infección, realizar el benchmarking con los equipos involucrados en la vigilancia, dirigir la toma de decisiones y disponer de las estadísticas nacionales y locales referidas a las IACS.

Componente 5: Estrategias multimodales

Las estrategias multimodales son la aplicación de múltiples medidas para abordar diferentes obstáculos y para establecer barreras conductuales que permitan reducir las infecciones intrahospitalarias (IIH) y la diseminación de los organismos multiresistentes (OMR). Los componentes deben diseñarse de acuerdo al tamaño del establecimiento, su complejidad y a los recursos disponibles.

Se priorizarán aquellas estrategias dirigidas a mejorar la adherencia a la higiene de manos y a la colocación de elementos de barrera para la implementación de medidas de aislamiento. Además, estas estrategias serán diseñadas para auditar y difundir el uso seguro de dispositivos y la prevención de las infecciones asociadas a accesos vasculares, a catéteres urinarios y a ventilación mecánica. También buscarán reducir el riesgo de infecciones de sitio quirúrgico.

Asimismo, se pondrán en funcionamiento acciones para gestionar el uso de antimicrobianos (incluyendo el armado de una guía para el uso de antimicrobianos en profilaxis quirúrgica y otras medidas adicionales).

Componente 6: Evaluación de las prácticas en control de infecciones.

El procedimiento de evaluación es una instancia destinada a medir el grado de cumplimiento del propósito, objetivos y actividades del PPCI en la institución. La información obtenida debe ser compartida sistemáticamente con los equipos hospitalarios, con la dirección del hospital y con la administración del mismo.

Se sugiere a los establecimientos realizar la evaluación del nivel de

desarrollo del PPCI utilizando el Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina. Elaborado por el Instituto Nacional de Epidemiología (INE-ANLIS), la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI)(8).

Componente 7: Dotación de personal y ocupación de camas

Para lograr la reducción de las IACS las condiciones de estructura y de recursos físicos y humanos de los servicios se adecuarán a las recomendaciones efectuadas por las diferentes directrices de organización y funcionamiento de los servicios, elaboradas e incorporadas al Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.

Debe agregarse en este consenso la recomendación de respetar la internación de un paciente por cama. Asimismo, se utilizarán estándares para medir la adecuada relación personal paciente y se desarrollará un plan para evaluar su cumplimiento.

Componente 8: Ambiente hospitalario, materiales y equipos para la prevención y el control de las IACS.

En relación a la planta física, los programas de PPCI considerarán:

- Condiciones estructurales básicas que se requieren para la Prevención y Control de las IACS. Las mismas se relacionan con la posibilidad de:

- Realizar una correcta higiene de manos.

- Contar con el espacio mínimo recomendado para cada servicio.
- Asesorar en caso de remodelación o construcción en áreas donde se realizan actividades de importancia clínica.
- Procurar las condiciones para el aislamiento individual de pacientes inmunocomprometidos y con microorganismos potencialmente transmisibles por vía respiratoria-área (ej. tuberculosis, sarampión, varicela-zoster).
- Organizar los espacios, de acuerdo a las leyes vigentes sobre:
 - El manejo correcto de los residuos comunes y patogénicos.
 - La higiene y desinfección de las distintas áreas (quirúrgicas, habitaciones, etc.).
 - El manejo de la ropa.

Componente 9: Prevención y Control de Infecciones en los Servicios de Alimentación

Los PPCI contemplarán recomendaciones y procedimientos escritos respecto a la elaboración, conservación, transporte y dispensación de la alimentación general, la alimentación enteral, parenteral y el manejo del banco de leche humano.

Referencias:

1. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Chraiti MN, Engineer C, Garcia Castillejos G, Graafmans W et al. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
2. Acosta-Gnass SI. Manual de control de infecciones y epidemiología

hospitalaria. Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud; 2011.

3. Ministerio de Salud de la Nación. Informe final del Programa IBEAS. Buenos Aires;2008.

4. Quirós R. Impact of nosocomial infections in Argentina: net cost associated with implementing effective infection control programs. 5 th Decennial International Conference on Healthcare-Associated Infections, March 2010. Atlanta, Georgia, USA.

5. Corral et al. Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en Áreas No Críticas. XVI Congreso Argentino de Infectología SADI 2016. Mendoza. Argentina.

6. Corral G, Peralta N, Giordano Lerena R, Arcidiácono D, Fernández L, Díaz C, Cabral MA, Clemente M. Vigilancia de infecciones asociadas al cuidado de la salud: la experiencia en Argentina. Rev Argent Salud Pública. 2014; Mar; 5(18):43-47.

7. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

8. Instituto Nacional de Epidemiología, Sociedad Argentina de Infectología y Asociación de Enfermeras en Control de Infecciones. Sistema para la autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de la Salud de la República Argentina. Buenos Aires; 2014.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Anexo CONSENSO IACS 16-10-18

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 16 pagina/s.