

**UNIVERSIDAD DEL  
SURESTE**

**MEDIDAS  
INTRAHOSPITALARIAS  
DE CONTROL DE  
INFECCIONES**

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

DR. SAUL PERAZA MARÍN.

---

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEXTO SEMESTRE.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

## MEDIDAS INTRAHOSPITALARIAS DE CONTROL DE INFECCIONES

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

La atención de los pacientes se dispensa en establecimientos que comprenden desde dispensarios muy bien equipados y hospitales universitarios con tecnología avanzada hasta unidades de atención primaria únicamente con servicios básicos. A pesar del progreso alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, siguen manifestándose infecciones en pacientes hospitalizados, que también pueden afectar al personal de los hospitales. Muchos factores propician la infección en los pacientes hospitalizados: la reducción de la inmunidad de los pacientes; la mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección; y la transmisión de bacterias farmacorresistentes en poblaciones hacinadas en los hospitales, donde las prácticas deficientes de control de infecciones pueden facilitar la transmisión.

Medidas importantes para la prevención de las infecciones nosocomiales:

La prevención de las infecciones nosocomiales constituye una responsabilidad de todas las personas y todos los servicios proveedores de atención de salud. Todos deben trabajar en cooperación para reducir el riesgo de infección de los pacientes y del personal. Este último comprende el personal proveedor de atención directa a los pacientes, servicios de administración, mantenimiento de la planta física, provisión de materiales y productos y capacitación de trabajadores de salud. Los programas de control de infecciones son eficaces siempre y cuando sean integrales y comprendan actividades de vigilancia y prevención, así como capacitación del personal. También debe haber apoyo eficaz en el ámbito nacional y regional.

Las medidas de control de infecciones que se adoptan son las diversas estrategias y acciones cuyo objetivo es la prevención de la transmisión de las infecciones al interior de los establecimientos de salud/instituciones cerradas, etc.

La importancia de la infección nosocomial radica en su alto índice de morbilidad y mortalidad hospitalaria. Sin duda el número de infecciones nosocomiales de un centro hospitalario es un criterio de calidad indiscutible pues indica una prevención efectiva. Las infecciones nosocomiales ocasionan una elevada mortalidad, una prolongación en el tiempo de estancia hospitalaria y aumento del coste asistencial. Por este motivo, se han implantado sistemas de prevención de las infecciones nosocomiales para mejorar la calidad asistencial en los centros sanitarios y evitar esas consecuencias negativas.

Se ha estimado que la aplicación de programas de prevención de las infecciones nosocomiales puede evitar alrededor del 65% de las bacteriemias e infecciones del tracto urinario y el 55% de las neumonías y de las infecciones quirúrgicas. La traducción económica es muy importante. Algunas de las medidas importantes para prevenir las infecciones nosocomiales son:

- La higiene de manos del profesional sanitario.
- El uso de guantes y mascarilla.
- La desinfección de la piel con un antiséptico antes de colocar un catéter o una vía periférica y la retirada de éstos cuando ya no son necesarios.
- El empleo del aislamiento.
- La esterilización del material quirúrgico.
- La desinfección y el lavado de la ropa.
- El control del riesgo ambiental.
- El uso de antibiótico profiláctico en pacientes de riesgo.
- La vacunación.

Cualquier mejora aplicada en el cuidado del paciente va a influir, sin duda, en la disminución del número de infecciones nosocomiales. El cuidado del entorno del

paciente es muy relevante para la prevención de la infección. Es fácil de comprender que la gravedad de un proceso infeccioso en un paciente ingresado es mayor que en un paciente en el domicilio. El paciente hospitalizado presenta algún motivo médico suficiente que justifique su permanencia en el hospital, lo que le hace más débil ante un microorganismo. Asimismo, la suma de una infección a su motivo de ingreso puede entorpecer la evolución y empeorar su cuadro.

El cambio de cultura generado por las publicaciones, relacionando los errores y los acontecimientos adversos con la calidad y la seguridad, están cambiando también el control de las infecciones. La idea de que «muchas infecciones son inevitables y algunas pueden ser prevenidas» se ha cambiado por «todas las infecciones son potencialmente evitables mientras no se demuestre el contrario». El método de identificación de potenciales puntos clave en el proceso, que puedan generar medidas de prevención, utilizado en la práctica del estudio de la seguridad, puede y debe ser utilizado también en el control de las infecciones.

Jain et al han utilizado esta estrategia con el objetivo de reducir las tasas de infección nosocomial. Han empleado 4 intervenciones que fueron: a) discusiones multidisciplinarias; b) reevaluar la necesidad de cuidados intensivos diariamente; c) utilización de paquetes de medidas de prevención para NAV, infección del tracto urinario (ITU) e infección asociada a catéter, y d) cambio en la cultura de seguridad, aunque su efecto no ha podido ser medido. Con estas intervenciones sencillas se logró obtener una reducción de 58% en la incidencia de la NAV, el 48% en las bacteriemias asociadas a catéter y 37% en las infecciones de tracto urinario. Aunque no sea posible en el estudio identificar cuáles son las intervenciones más significativas, el cambio de actitud resultante de las intervenciones parece ser el punto clave en la obtención de estos resultados.

## Paquete de medidas utilizado para la prevención de la infección relacionada con el catéter

### Medidas de prevención

1. Higiene de manos
2. Uso de barreras durante la inserción de catéter
3. Uso de chlorhexidina en la asepsia
4. Evitar la vía femoral
5. Remoción de catéteres innecesarios

Adaptada de Pronovost P, et al<sup>18</sup>.

## Paquete de medidas para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación (NAV)

### Medidas de prevención de la NAV

1. Profilaxis de la úlcera péptica
2. *Sedation vacation*/interrupción diaria de la sedación
3. Elevación de la cama 30°
4. Profilaxis de trombosis venosa

Adaptada de Resar R, et al<sup>17</sup>.

## Paquete de medidas para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación (NAV) en un estudio en Cataluña

### Intervenciones para la prevención de la NAV

1. Desinfección de las manos
2. *Sedation vacation*/protocolos de *weaning*
3. Higiene de la cavidad oral
4. Evitar el cambio de los circuitos de ventilación
5. Control de la presión de *cuff*

Manejo intrahospitalario de residuos biológicos:

“El ser humano y sus excretas, secreciones, etc., son los mismos en cualquier sitio donde éste los genere (hogar, centro de trabajo, hospitales, etc.)”. Esto significa que las excretas, orina, flujo menstrual, etc. de un paciente son idénticos estando en su casa o en el hospital, y por lo tanto no hay porque darles un manejo diferente al que se les daría en casa. Para que un residuo sea considerado RPBI debe de contener

agentes biológico infecciosos. La norma señala como agente biológico-infeccioso «cualquier organismo que sea capaz de producir enfermedad. Para ello se requiere que el microorganismo tenga capacidad de producir daño, esté en una concentración suficiente, en un ambiente propicio, tenga una vía de entrada y estar en contacto con una persona susceptible». Por lo tanto, los desechos (pañales, toallas femeninas, condones, etc.) que provengan de pacientes que no sean sospechosos de alguna enfermedad infectocontagiosa, como pacientes traumatizados, mujeres en trabajo de parto, o enfermedades crónico degenerativas, no deben de ser considerados RPBI.

La cantidad de sangre o fluido corporal en el material de curación es determinante para poder ser considerado como peligroso, por lo tanto, sólo los materiales de curación que estén empapados, saturados o goteando alguno de estos fluidos (líquido sinovial, pericárdico, cefalorraquídeo, sangre, etc.) deben de ser considerados RPBI.

El conocimiento de estos conceptos por parte del personal de salud evitará percepciones equivocadas y permitirá una clasificación adecuada de la basura generada en los centros de atención médica, lo cual optimizará los recursos disponibles. El principal riesgo de contagio de enfermedades transmitidas por sangre (hepatitis B, C o VIH) para el personal de salud, lo constituyen los residuos punzocortantes (agujas, lancetas, bisturíes, etc.), por lo tanto, se debe de tener especial cuidado en el manejo de estos desechos.

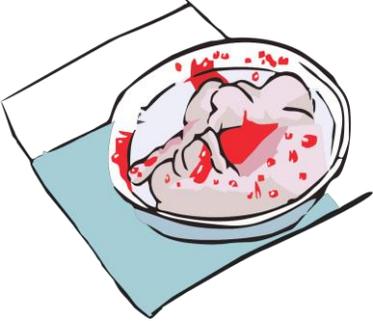
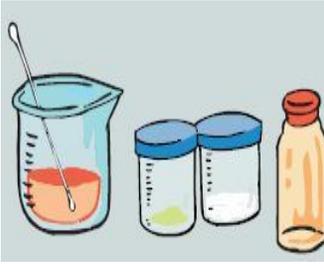
Con los cambios a la norma NO se consideran residuos peligrosos biológico-infecciosos los siguientes:

- Torundas y gasas con sangre seca o manchadas de sangre.
- Material de vidrio utilizado en laboratorio (matraces, pipetas, cajas de Petri).
- Muestras de orina y excremento para análisis de laboratorio.
- Tejidos, partes del cuerpo en formol.

Proceso del manejo de RPBI: pasos.

1. Identificación de los residuos:

Los desechos deben de ser identificados inmediatamente después del procedimiento que los generó, en el sitio donde se originaron y por el personal que los generó, esta práctica evita la reclasificación de los desechos, disminuyendo los riesgos para el personal encargado de la recolección de los residuos. Para su correcta identificación y posterior envasado, la separación de los residuos se debe de realizar de acuerdo a su estado físico (líquido o sólido) y su tipo, como se indica a continuación:

<p>Objetos punzocortantes</p>	<p>Sangre líquida y sus derivados.</p>	
		
<p>Residuos no anatómicos: (gasas, torundas o campos saturados, empapadas o goteando líquidos corporales y secreciones de pacientes con tuberculosis o fiebres hemorrágicas).</p>	<p>Patológicos: (Placentas, piezas anatómicas que no se encuentren en formol)</p>	<p>Utensilios desechables utilizados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico infecciosos y muestras biológicas para análisis.</p>
		

## 2. Envasado de los residuos generados:

Una vez que los residuos han sido identificados y separados de acuerdo al tipo y estado físico, estos deberán ser envasados de acuerdo a la tabla siguiente. La razón para usar diferentes recipientes para diferentes RPBI es porque distintos residuos tienen diferentes procesos en su disposición final:

## 3. Almacenamiento temporal.

Para evitar que los RPBI se mezclen con la basura común, se debe de preestablecer un sitio para el almacenamiento temporal de los RPBI.

Los RPBI deberán almacenarse en contenedores con tapa y permanecer cerrados todo el tiempo. No debe de haber residuos tirados en los alrededores de los contenedores. Es importante que el área de almacenamiento esté claramente señalizada y los contenedores claramente identificados según el tipo de residuo que contenga. La norma establece los tiempos máximos de almacenamiento, de acuerdo al tipo de unidad médica: - Hospitales con 1 a 5 camas: 30 días. - Hospitales con 6 a 60 camas: 15 días. - Hospitales con más de 60 camas: 7 días.

## 4. Recolección y transporte externo.

Para disminuir riesgos, el personal encargado de la recolección de los residuos sólidos dentro del hospital debe de estar capacitado en su manejo y conocer ampliamente los riesgos que implica su trabajo.

## Manejo de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I)



Clasificación	Estado Físico	Embazado	Tipo de Embase	Color
Sangre	Líquido	Recipientes herméticos		Rojo
Cultivos, cepas y agentes Infecciosos	Sólido	Bolsa de polietileno		Rojo
Residuos no Anatómicos	Sólido Líquido	Bolsa de polietileno / Recipientes herméticos		Rojo
Objetos punzo cortantes	Sólido	Envase de polietileno		Rojo
Patológicos	Sólido Líquido	Bolsa de polietileno / Recipientes herméticos		Amarillo

NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

Enfermero Alex Santiago

## 5. Tratamiento.

Las instituciones de salud, pueden realizar el tratamiento final de los residuos dentro de la misma unidad médica. La forma más limpia y barata es utilizando una autoclave, excepto para punzocortantes y partes de cuerpo. Para lograr la desinfección se colocan las bolsas rojas resistentes al calor húmedo y bien cerradas, en la autoclave a 121° centígrados con 15 libras de presión durante 30 minutos, en este caso las cajas de Petri desechables y otros dispositivos de plástico utilizados en el laboratorio quedan “irreconocibles”. Una vez estériles e irreconocibles se podrán disponer como basura común.

## 6. Disposición final.

Los RPBI que hayan sido tratados podrán disponerse en los camiones recolectores de basura común, mientras que los RPBI sin tratamiento deberán enviarse a empresas recolectoras autorizadas.



## Bibliografía:

<https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/infecciosas/infecciones-nosocomiales-prevencion/>

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7491.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25670813/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24176168/>