



PROGRAMA CORPORATIVO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

Redactado por:	Aprobado por:
<i>Departamento de Seguridad del Paciente. Dirección de Asistencia y Calidad</i>	<i>Comisión Corporativa de Seguridad del Paciente.</i>
<i>Fecha:18/06/2024</i>	<i>Fecha:18/06/2024</i>

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
1	30/05/2022	✓ Primera edición del documento
2	18/06/2024	✓ Actualización de la bibliografía

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. OBJETIVOS GENERALES	4
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.3. ALCANCE	5
2. ESTRUCTURA.....	5
2.1. COMITÉ DE INFECCIÓN, PROFILAXIS Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA (C.I.P.P.A)	5
2.1.1. FUNCIONES	6
2.2. EQUIPO DE CONTROL DE LA INFECCIÓN	7
2.2.1. FUNCIONES	7
2.3. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS (PROA)	8
2.3.1. FUNCIONES	9
2.3.2. PROTOCOLOS	9
3. MAPA DE GESTIÓN DE RIESGOS. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES	9
4. DEFINICIÓN DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA	10
4.1. INFECCIÓN URINARIA	11
4.2. INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA	11
4.3. BACTERIEMIA DE CATÉTER VASCULAR	12
4.4. NEUMONÍA ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA	12
4.4.1. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA	13
4.5. INFECCIÓN ASOCIADA A PRÓTESIS O IMPLANTES	13
5. GESTIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA	13
5.1. PRIORIDADES DE LA ACTIVIDAD	13
5.2. PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS CON EL RIESGO DE INFECCIÓN	13
5.3. INFECCIONES OBJETO DE COMUNICACIÓN	14
5.4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN	15
5.4.1. VIGILANCIA DE LAS IRAS	15
5.4.2. MÉTODOS PARA LA VIGILANCIA	16
5.4.2.1. ESTUDIOS DE PREVALENCIA	16
5.4.2.2. ESTUDIO DE INCIDENCIA	16
5.5. VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA: PROCEDIMIENTO ACTIVACIÓN	16
6. INDICADORES	17

7. VIGILANCIA AMBIENTAL	20
8. VIGILANCIA DE LA SALUD	20
8.1. INMUNIZACIÓN DEL PERSONAL	20
9. SEGURIDAD EN EL LABORATORIO	21
10. COCINA	21
11. QUIRÓFANO/ESTERILIZACIÓN	21
12. INGENIERIA	21
13. OBRAS	21
14. LAVANDERÍA	22
15. LIMPIEZA	22
16. AISLAMIENTOS	22
17. MEMORIA Y COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	22
18. MEJORA CONTINUA	23
19. FORMACIÓN	23
20. DOCUMENTACIÓN RELACIONADA	24
21. BIBLIOGRAFÍA	26

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria representan uno de los principales problemas de salud pública para los pacientes, los profesionales y todos aquellos colectivos que interaccionan periódica o puntualmente con un centro asistencial.

El programa de prevención y control de las infecciones tiene como objetivo prevenir, detectar y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, asesorando a la dirección y a los profesionales sobre las medidas preventivas y de control más adecuadas en cada situación, garantizando la máxima calidad del proceso de asistencia al paciente, los familiares que lo acompañan y el personal que lo atiende.

1.1. OBJETIVOS GENERALES

- ✓ **Prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria** entre los pacientes, los visitantes y el personal que trabaja en los hospitales del Grupo Quirónsalud.
- ✓ **Vigilancia y Monitorización de los riesgos de infección**, así como de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria más relevantes que se presentan en el hospital con la finalidad de elaborar medidas de acción para su control.
- ✓ **Reducir la tasa de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria**, así como a otras enfermedades relevantes desde el punto de vista epidemiológico, como son los gérmenes multirresistentes y las infecciones emergentes.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Estandarizar mediante la elaboración de protocolos específicos las medidas de prevención de la infección.
- ✓ Garantizar que las enfermedades infecciosas que requieran medidas especiales (aislamiento) se controlen de acuerdo a los protocolos correspondientes.
- ✓ Determinar a tiempo real y estudiar, debido a una incidencia inusual o a un cambio en la tasa esperada, la posible presencia de un brote epidémico o la presencia de microorganismos especialmente relevantes.
- ✓ Determinar la necesidad de adoptar medidas preventivas y de control para controlar un brote o posible sospecha de brote, evaluando posteriormente los efectos de las acciones y medidas de control adoptadas.
- ✓ Establecer un procedimiento para notificar a las autoridades competentes en materia de Salud Pública los casos de enfermedades de declaración obligatoria (EDOs).
- ✓ Elaborar un programa a nivel de centro, para poder detectar rápidamente y responder con prontitud y eficacia ante las alertas y emergencias sanitarias.
- ✓ Controlar el uso generalizado de antimicrobianos para evitar la aparición de resistencias.
- ✓ Promover el correcto tratamiento descolonizador de los pacientes portadores de gérmenes multirresistentes, tanto durante su estancia como al alta, fomentando la continuidad asistencial.
- ✓ Mejorar las actuaciones relacionadas con la prevención de la infección dentro del bloque quirúrgico, así como las actividades de vigilancia de la profilaxis antibiótica en Cirugía.
- ✓ Garantizar la correcta realización de limpieza e higiene hospitalaria.
- ✓ Asegurar la correcta desinfección de todo el material sanitario, bien sea mediante procesos de esterilización u otros como la desinfección de alto nivel.

- ✓ Garantizar la desinfección adecuada de los aparatos e instrumental de los procedimientos de endoscopia.
- ✓ Conocer y supervisar la situación de las actividades relacionadas con la prevención de la Legionella.
- ✓ Desarrollar actividades formativas sobre infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y normas vigentes en prevención de la infección dirigidas al personal del hospital, personal de nueva incorporación y en prácticas.
- ✓ Promover la campaña anual de higiene de manos, y realizar el seguimiento del cumplimiento mediante observación directa, con el posterior feedback a los servicios.
- ✓ Garantizar que los hábitos del personal que manipula los alimentos sean seguros.
- ✓ Estandarizar la recogida de datos para permitir la comparación con otros centros de perfil equivalente (Benchmarking) y la evaluación de la calidad asistencial.
- ✓ Evaluar anualmente el mapa de riesgos de infección para buscar acciones de mejora que reduzcan los riesgos susceptibles.

1.3. ALCANCE

La población de alcance de este programa está distribuida en tres grupos:

- ✓ Pacientes.
- ✓ Personal.
- ✓ Familiares y visitantes.

2. ESTRUCTURA

2.1. COMITÉ DE INFECCIÓN, PROFILAXIS Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA (C.I.P.P.A)

El Comité de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica (C.I.P.P.A) está formado por un equipo multidisciplinar de profesionales que planifica, coordina, supervisa y evalúa todas las actividades del Programa de Prevención y Control de Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria, con la finalidad de proponer acciones de mejora continua para los diferentes procesos asistenciales y de soporte de la actividad hospitalaria.

Evalúa la información de la infección relacionada con la asistencia sanitaria del centro y contribuye a su difusión con el fin de sensibilizar al personal de su importancia y de la necesidad de colaborar en la vigilancia.

Es un órgano de carácter consultivo y asesor de la Dirección sobre prioridades y objetivos según los resultados obtenidos.

Con una dependencia funcional, en su composición están integrados los referentes hospitalarios para la prevención de los riesgos hospitalarios asociados a las infecciones, manteniéndose canales de comunicación con el resto de las estructuras de la organización.

Las reuniones ordinarias del Comité de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica (C.I.P.P.A) se celebrarán con una periodicidad trimestral (con un mínimo de 4 sesiones anuales), de 1 hora de duración, en base a un orden del día conocido previamente, y del que se elaborará un acta con sus acuerdos y consideraciones.

Este programa de prevención y control de las infecciones está supervisado por el Comité de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica (C.I.P.P.A) el cual propone los objetivos anuales de vigilancia, teniendo en cuenta el contenido de este documento.

Esté comité deberá contar con la representación ineludible de los siguientes profesionales: Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública o en su defecto, médico responsable de la Prevención y Control de la Infección designado a tal efecto por la dirección, Enfermera responsable del Control de la Infección, representante del área de Microbiología, Farmacéutico, representante médico del área de Intensivos y representante médico del área de Medicina Interna.

Otros integrantes que podrán formar parte del comité: responsable de calidad y seguridad del paciente, responsable de limpieza, representante de enfermería de las áreas de Hospitalización y área Quirúrgica, Cirujano Coordinador de una especialidad médica, representante médico del área de Pediatría, responsable de Mantenimiento y responsable de Lavandería.

2.1.1. FUNCIONES

- ✓ Conocer, evaluar, informar y hacer el seguimiento del Plan Operativo de Minimización de Riesgos de Infección Hospitalario.
- ✓ Conocer, evaluar e informar de los **sistemas de vigilancia y prevención de la infección**, incluyendo la política de precauciones adicionales (aislamientos) y la incidencia /prevalencia de la infección relacionada con la asistencia sanitaria para determinados procesos (por ejemplo, quirúrgicos, relacionados con dispositivos como catéteres intravasculares, catéteres urinarios, etc.).
- ✓ Conocer, evaluar y difundir los **protocolos** sobre procedimientos relacionados con el control y prevención de la infección (descontaminación, esterilización de dispositivos médicos, etc.).
- ✓ Promover y evaluar el cumplimiento del protocolo para la **higiene de manos**.
- ✓ Proponer o evaluar la propuesta de **plan de formación anual** del hospital en los temas relativos a las infecciones hospitalarias y a la utilización de antimicrobianos, con atención especial a la enfermedad tuberculosa; así como conocer y divulgar toda la información pertinente para mejorar la formación e información del personal en estos temas.
- ✓ Diseñar, implantar y evaluar el **programa de optimización del uso de antimicrobianos según el mapa de resistencias local** (PROA).
- ✓ Elaborar recomendaciones de **profilaxis antibiótica quirúrgica** y evaluar su cumplimiento.
- ✓ Elaboración del **mapa de resistencias antibióticas** propio del centro.
- ✓ Detectar, comunicar y hacer el seguimiento de **brotes** epidémicos y de los **microorganismos multirresistentes** identificados.
- ✓ Participar en la **investigación de brotes** o problemas puntuales con la recogida de datos relacionados conforme a la metodología de la vigilancia epidemiológica establecida.
- ✓ Seguimiento de la **vigilancia ambiental** especialmente lo relacionado con obras en los centros sanitarios.
- ✓ Participar activamente en la obtención de los datos correspondientes a los **programas epidemiológicos nacionales** (EPINE) y **autonómicos** de prevención y control de la infección.
- ✓ Garantizar el correcto registro y comunicación de las **Enfermedades de Declaración Obligatoria** (EDO's).

- ✓ **Favorecer la formación continuada** del personal sanitario, pacientes y familiares sobre los aspectos relacionados con el control de la infección.
- ✓ **Colaborar con el Servicio de Salud Laboral** del centro en el diseño y la implantación de las políticas de prevención de infecciones y de los programas de vacunación del personal sanitario.
- ✓ Establecimiento de **protocolos de profilaxis antibiótica** para los diferentes procesos médico-quirúrgicos.
- ✓ Establecimiento de **protocolos de antisepsia y desinfección** en las distintas áreas clínicas.
- ✓ **Asesoría** de consultas.
- ✓ Participación en **sesiones clínicas interdepartamentales**.
- ✓ Conocer, evaluar e informar los **ensayos clínicos** propuestos al hospital con medicamentos antiinfecciosos y vacunas.
- ✓ Evaluar las características y especificaciones de **nuevos productos** que tengan implicación en el control de infecciones, en forma conjunta con los servicios de farmacia, compras y usuarios del producto.
- ✓ **Coordinarse con las Comisiones** de Mortalidad, de Historias Clínicas y Seguridad del Paciente, en aquellos temas relacionados con la infección relacionada con la asistencia sanitaria.
- ✓ Todas aquellas que le encomiende la dirección relativas a la infección relacionada con la asistencia sanitaria.

2.2. EQUIPO DE CONTROL DE LA INFECCIÓN

El Equipo de Control de la Infección del centro es el órgano encargado de prevenir y detectar de forma precoz las infecciones que se producen en el hospital, asesorar a la Dirección y a los profesionales sobre las medidas preventivas y de control más adecuadas en cada situación, garantizando la máxima calidad del proceso de asistencia al paciente, a los familiares que lo acompañan y al personal sanitario que lo atiende.

Este equipo/unidad estará formado por:

- ✓ Médico especialista en Medicina Preventiva o en su defecto, médico responsable de la Prevención y Control de la Infección designado a tal efecto por la dirección.
- ✓ Enfermera responsable del Control de la Infección.

El Equipo de Control de la Infección trabajará de forma coordinada con las áreas de Microbiología y Farmacia.

2.2.1. FUNCIONES

- ✓ Elaborar anualmente el **mapa de riesgos de infección**, la evaluación periódica del riesgo y el establecimiento de objetivos de reducción de los riesgos susceptibles.
- ✓ Vigilancia epidemiológica: estudios epidemiológicos para conocer la **incidencia y prevalencia de las IRAS**.
- ✓ Vigilancia microbiológica: **revisión de los informes y listados de microorganismos aislados por el laboratorio de microbiología**, seguimiento mensual de los hemocultivos contaminados.
- ✓ Controlar y seguir la **bioseguridad** asociada al medio ambiente hospitalario (aire, agua, Legionella, obras, alimentos etc.).

- ✓ **Estandarizar las medidas de prevención** de la infección.
- ✓ Garantizar la correcta realización de las **precauciones adicionales (aislamiento)** ante el diagnóstico de aquellas enfermedades infecciosas que requieren medidas especiales establecidas en los protocolos.
- ✓ Asegurar la **correcta desinfección de todo el material sanitario**, bien sea mediante procesos de esterilización u otros como desinfección de alto nivel.
- ✓ Determinar a tiempo real y estudiar, debido a una incidencia inusual o a un cambio en la tasa esperada, la posible presencia de un **brote** epidémico o la presencia de **microorganismos especialmente relevantes**.
- ✓ Determinar la necesidad de adoptar medidas preventivas y de control para controlar un brote o posible brote y evaluar los efectos de las acciones y medidas de control.
- ✓ **Controlar el uso generalizado de antimicrobianos** para evitar la aparición de resistencias a antibióticos.
- ✓ Promover el correcto **tratamiento descolonizador** de los pacientes portadores de gérmenes multirresistentes, tanto durante su estancia hospitalaria como al alta, fomentando la continuidad asistencial.
- ✓ Mejorar las actuaciones relacionadas con la prevención de la infección dentro del **bloque quirúrgico**. Reducir factores de riesgo del propio paciente y de la intervención asociados a la infección de herida quirúrgica.
- ✓ Garantizar la correcta realización de **limpieza e higiene hospitalaria** y de los protocolos incluidos en este programa.
- ✓ Garantizar que los **hábitos del personal que manipula los alimentos** sean seguros.
- ✓ Conocer el estado de las actividades relacionadas con el **Plan Preventivo de la Legionella**.
- ✓ Desarrollar **actividades formativas** en Infección relacionada con la asistencia sanitaria para el personal del centro.
- ✓ **Informar al personal de nueva incorporación**, así como al personal en prácticas sobre las normas de prevención de la infección del centro.
- ✓ Contribuir a la **notificación a las autoridades** competentes en materia de Salud Pública los casos incidentes de enfermedades de declaración obligatoria.
- ✓ Consultar las **Alertas de enfermedades transmisibles globales**, según el CORP3.6-P21 Protocolo corporativo de actuación frente enfermedades transmisibles globales.
- ✓ Estandarizar la recogida de datos para permitir la **comparación con otros centros** y la evaluación de la calidad asistencial.

2.3. PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS (PROA)

Cada centro debería contar con un programa de racionalización y optimización del uso de antimicrobianos (PROA) que tendrá como objetivos principales:

- ✓ promover el uso racional de los antimicrobianos en el centro, mediante el rastreo de patrones de prescripción y resistencia de antibióticos.
- ✓ Informar al personal sobre el uso y la resistencia de antibióticos de forma periódica.
- ✓ Educar al personal sobre el uso óptimo de los mismos.

Es indispensable que el programa tenga el apoyo de la dirección del hospital.

El grupo de trabajo PROA dependerá del Comité de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica (C.I.P.P.A) y lo conformarán representantes de los siguientes servicios: Farmacia, Microbiología, Intensivos, Medicina Interna, Medicina Preventiva y Pediatría.

2.3.1. FUNCIONES

- ✓ Reuniones periódicas (del grupo de trabajo PROA) para **analizar el uso de nuevos antibióticos** o de amplio espectro (Daptomicina, ceftolozano-tazobactam, etc.) así como antifúngicos (caspofungina, amfotericina, etc.) y valorar su indicación y adecuación a los cultivos realizados, dosis y duración.
- ✓ **Notificación a cada médico** responsable según la valoración de la clínica, microbiología y tratamiento antibiótico.
- ✓ Revisión de las guías de **profilaxis antibiótica prequirúrgica**.
- ✓ Recogida, análisis y difusión de los **datos de resistencia a los antibióticos** de los patógenos más prevalentes.
- ✓ Recogida, análisis y difusión de los **datos de consumo de antibióticos** en el Hospital al Comité de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica.
- ✓ Recogida, análisis y difusión de los **datos sobre calidad de prescripción** de los antimicrobianos a la Comisión de Infecciones.
- ✓ Diseño periódico de intervenciones dirigidas a **mejorar los indicadores** de consumo de antimicrobianos para el Comité de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica.

2.3.2. PROTOCOLOS

Cada centro deberá desarrollar e implementar los siguientes protocolos:

- ✓ Mapa de resistencias del centro, al menos de base anual.
- ✓ Protocolo de manejo de antibioterapia empírica precoz ante cuadros infecciosos generales por gérmenes desconocidos.
- ✓ Protocolo de profilaxis antibiótica.

3. MAPA DE GESTIÓN DE RIESGOS. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

La evaluación periódica del riesgo y el establecimiento de objetivos para su reducción son los elementos que guían el Programa de Prevención y Control las Infecciones.

Para la identificación de los riesgos de infección a nivel de grupo, se elabora una matriz de riesgos (ver fig.1) que se reevalúa de forma anual.

Ámbito	Fecha Evaluación	Riesgo	Proceso	Subproceso	Gravedad	Probabilidad	Detectabili...	Nivel Riesgo	Respuesta Riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Enfermedades Transmisibles globales (Zika, Ebola, COVID?). Alertas sanitarias	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Alta	Alta	IMPORTANTE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Bacteriemia asociada al uso de accesos venosos	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Moderada	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Brote infeccioso	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Baja	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Contaminación de hemocultivos	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Moderada	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Deficiente adherencia a la disciplina quirúrgica	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Alta	Alta	IMPORTANTE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Deficiente adhesión a la higiene de manos	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Moderada	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Deficiente adhesión a las medidas de aislamiento	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Baja	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Inadecuada limpieza de las unidades de hospitalización, incluidas áreas críticas	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Baja	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Infección asociada a construcciones y remodelaciones	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Baja	Muy alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Infección oportunista en paciente inmunodeprimido	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Moderada	Alta	IMPORTANTE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Infección por germen multiresistente	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Moderada	Alta	IMPORTANTE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Infección por inadecuada desinfección del material reutilizable fuera del área de esterilización	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Baja	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Infección por inadecuada esterilización material quirúrgico	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Muy grave	Baja	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Infección urinaria asociada a sondaje vesical	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Alta	Alta	IMPORTANTE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Infecciones de localización quirúrgica	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Moderada	Media	IMPORTANTE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Infecciones toxoalimentarias	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Baja	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Personal sanitario insuficientemente inmunizado	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Moderada	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	19/05/2022	Uso inapropiado de antimicrobianos	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Baja	Media	APRECIABLE	Reducir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	01/03/2022	Legionelosis nosocomial	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Baja	Alta	APRECIABLE	Asumir riesgo
Infección Nosocomial (UNE 179006)	01/03/2022	Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM)	20. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	20.0 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	Grave	Moderada	Alta	APRECIABLE	Reducir riesgo

Figura 1. Matriz de riesgos corporativos de PCI 2022

Para la evaluación del análisis de riesgos se pondera:

- ✓ La **Probabilidad** de que ocurriera un error, su **Gravedad** y las posibilidades de **Detección** de este. Con estas tres puntuaciones se obtiene un resultado numérico final denominado **Factor de Riesgo (FR)**.

Los criterios de valoración del riesgo están basados en el procedimiento corporativo de CORP03.6/P006 Gestión de riesgos y eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria y en el CORP01.0/A002 Criterios de evaluación de riesgos.

4. DEFINICIÓN DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA

Hablamos de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) para referirnos a **aquellas infecciones que el paciente puede contraer como consecuencia de la asistencia o atención recibida en un centro asistencial**, ya sea un hospital, centro de especialidades, centro de diálisis, centro de media o larga estancia, rehabilitación o en un hospital de día¹.

Estas infecciones son un importante problema de Salud Pública en España, Europa y a nivel mundial. Provocan un aumento de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, costes adicionales tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, y muertes innecesarias. La prevención y control de estas infecciones constituyen una línea de actuación prioritaria de las estrategias de seguridad del paciente.

Según datos del European Center for Disease Prevention and Control, aproximadamente 4 millones de pacientes adquieren una IRAS cada año en la Unión Europea y aproximadamente 37,000 muertes resultan directamente de estas infecciones. Una gran proporción de estas muertes se debe a bacterias multirresistentes a los antimicrobianos. En España, según datos del

¹ Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

estudio EPINE, en el año 2018 casi un **8% de los pacientes** ingresados en un hospital presentaban al menos una IRAS.

La vía de transmisión más importante y frecuente de las IRAS es por **contacto indirecto**, mediante **material clínico** o **superficies contaminadas**, **manos contaminadas** que no han sido lavadas o **guantes contaminados** que no han sido retirados.

Hasta un **20 o 30 % de las IRAS son prevenibles** mediante programas de control de la infección e higiene y los sistemas de vigilancia son una importante herramienta en el logro de este objetivo.

La vigilancia nacional de las IRAS se realiza mediante estudios de incidencia de procedimientos, áreas y microorganismos seleccionados y mediante estudios de prevalencia de las IRAS y uso de antimicrobianos.

A continuación, se realizan una serie de recomendaciones de carácter general para a el diagnóstico de las IRAS.

4.1. INFECCIÓN URINARIA

Causa más frecuente de IRAS (40%), asociado en un 80% al uso de catéter uretral colocado en los 7 días previos a inicio de los síntomas y en un 20% a la manipulación de la vía genitourinaria.

Se han de considerar exclusivamente las infecciones sintomáticas. No deben incluirse las bacteriurias sintomáticas de los pacientes portadores de sonda urinaria con urocultivo positivo, pero sin fiebre ni piuria.

Criterios:

- ✓ Infección sintomática de las vías urinarias confirmada microbiológicamente:
Fiebre u otros síntomas urinarios (tenesmo, polaquiuria, disuria, tensión en zona suprapúbica, etc.) y un urocultivo positivo con un recuento > 100.000 ufc por uno o dos especies de microorganismos como máximo.
- ✓ Infección sintomática de las vías urinarias sin confirmación microbiológica:
Fiebre más otros síntomas urinarios (tenesmo, polaquiuria, etc.) y cualquiera de los siguientes: tira reactiva +, esterasa leucocítica y/o nitratos, prescripción de un tratamiento antibiótico (ATB).
- ✓ Los enfermos con sonda urinaria no tienen síntomas locales. Los criterios generales serán fiebre con orina: piúria (+/- urocultivo positivo). (El Urocultivo puede ser negativo si el paciente está recibiendo antibióticos).

4.2. INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Infección que ocurre dentro de los 30 días luego de la intervención quirúrgica, sino ha habido inserción de implante, o durante los 90 días después de la inserción implante. Puede ser superficial si solo involucra piel y tejido celular subcutáneo o profunda, si incluye tejidos blandos más profundos como fascias y músculo. Órgano o espacio si afecta a cualquier parte de la anatomía distinta de la incisión que fue abierta o manipulada durante el procedimiento operatorio. Con alguno de los siguientes criterios: drenaje purulento, aislamiento por cultivo, signos inflamatorios. No se consideran infecciones de herida quirúrgica superficiales los abscesos mínimos del punto de sutura.

4.3. BACTERIEMIA DE CATÉTER VASCULAR

Criterios:

- ✓ El paciente con hemocultivo positivo por un patógeno reconocido o que presenta al menos uno de los signos o síntomas siguientes: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), escalofríos o hipotensión y dos hemocultivos positivos por un contaminante habitual de la piel (a partir de dos muestras de sangre diferentes extraídas dentro de un intervalo de 48 horas). Los contaminantes cutáneos habituales son *Staphylococcus coagulasa negativo* (*S. Epidermidis*, *S. Saprophyticus*, etc.), *Micrococcus sp.*, *Propionibacterium acnes*, *Bacillus sp.* y *Corynebacterium sp.*
- ✓ Se considera relacionada con catéter vascular cuando no hay un foco aparente, y se cumplen uno o más de los siguientes criterios diagnósticos:
 - Cultivo semicuantitativo (>15 UFC/segmento de catéter) o cuantitativo ($> 10^3$ UFC/segmento de catéter) del catéter con aislamiento del mismo microorganismo en sangre periférica (misma especie y mismo antibiograma).
 - Hemocultivos cuantitativos con aislamiento del mismo microorganismo, con una proporción 5:1 entre la sangre obtenida de cualquiera de las luces de catéter vascular y la obtenida de una vena periférica.
 - Tiempo de positividad de los hemocultivos superior a 2h entre los obtenidos de la luz de un catéter vascular central y los obtenidos de sangre periférica (ambos hemocultivos se extrajeron al mismo tiempo).
 - Signos inflamatorios o secreción purulenta en el punto de inserción o en el trayecto del túnel subcutáneo, con cultivo positivo por el mismo microorganismo.
 - Mejoría de signos y síntomas clínicos en las 48h siguientes de la retirada de catéter vascular o de un tratamiento apropiado (esta circunstancia se acepta como condición si no se pueden aplicar los criterios anteriores). Para el diagnóstico clínico de bacteriemia relacionada con un catéter venoso periférico sin hemocultivo positivo, es necesaria la presencia de signos de flebitis (induración, dolor o signos inflamatorios en el punto de inserción o en el trayecto de catéter).

4.4. NEUMONÍA ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA

Condición inflamatoria pulmonar causado por agentes infecciosos no presentes ni incubándose al momento de la admisión, a las 48 a 72 horas de la hospitalización.

La neumonía asociada a la asistencia sanitaria es más frecuente en pacientes con ventilación mecánica o bien con factores de riesgo por aspiración bronquial, con demencia, trastornos de la deglución, alteración del grado de consciencia, etc.

Se considera neumonía asociada a la asistencia sanitaria cuando los pacientes con enfermedad de base cardíaca o pulmonar presentan dos o más pruebas radiológicas (radiografía, TC) con imágenes sugestivas de neumonía (en pacientes sin enfermedad de base cardíaca o pulmonar, una prueba radiológica es suficiente), y la presencia de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- ✓ Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$) sin causa aparente.
- ✓ Leucocitosis (>12.000 leucocitos/ mm^3) o leucopenia (< 4.000 leucocitos / mm^3)
- ✓ Y al menos uno de los siguientes criterios (si no hay diagnóstico microbiológico, el paciente ha de presentar como mínimo dos):

- Espujo purulento o cambios en las características de este (color, olor, cantidad y consistencia);
- Tos, disnea o taquipnea;
- Auscultación sugestiva (estertores o sonidos respiratorios bronquiales), ronus, sibilantes ó
- Deterioro del intercambio gaseoso (desaturación de oxígeno o aumento de la necesidad de oxígeno o ventilación).

4.4.1. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

Nueva o progresiva y persistente anormalidad radiológica que se desarrolla en paciente en ventilación mecánica (VM) o a las 48 horas de la VM y para la que se demuestra adicionalmente alguno de los siguientes hallazgos: fiebre, leucopenia o leucocitosis, alteración del estado mental en >70 años, además de clínica respiratoria: cambio en las secreciones, empeoramiento de la oxigenación, tos, disnea y aparición de ruidos agregados a la auscultación. Además de cultivo cuantitativo positivo de secreciones bronquiales con técnica que minimice la contaminación.

4.5. INFECCIÓN ASOCIADA A PRÓTESIS O IMPLANTES

Infección que ocurra dentro de un año luego de la intervención quirúrgica con la implantación de este.

5. GESTIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

5.1. PRIORIDADES DE LA ACTIVIDAD

El foco de atención del programa se centrará en la prevención y reducción de la incidencia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IRAS), concretamente infecciones asociadas a:

- ✓ Vías urinarias.
- ✓ Heridas quirúrgicas.
- ✓ Dispositivos intravasculares.
- ✓ Vías respiratorias.

Así como:

- ✓ Enfermedades relevantes desde el punto de vista epidemiológico: gérmenes multirresistentes y otros microorganismos epidemiológicamente relevantes como p.ej: *Clostridium difficile*.
- ✓ Infecciones emergentes indicadas por los organismos oficiales (por ejemplo, gripe aviar, gripe A (H1 N1), Ébola, Zika, COVID-19).

5.2. PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS CON EL RIESGO DE INFECCIÓN

- ✓ Riesgo individual:
 - Sondajes vesicales.
 - Intervenciones quirúrgicas.
 - Cateterizaciones vasculares.
 - Procedimientos relacionados con las vías respiratorias: intubación, ventilación mecánica, aspiración de secreciones.

✓ **Riesgo ambiental:**

- Desinfección /esterilización del material sanitario.
- Preparación y manipulación de alimentos.
- Procedimientos de limpieza del entorno físico.
- Manejo de la ropa sucia y ropa de cama.
- Desecho de residuos sanitarios.
- Desecho de objetos cortopunzantes y agujas.
- Ingeniería: filtros, sistemas de presión positiva, limpieza y desinfección de las conducciones de agua (Legionella) y realización de obras y remodelaciones.

5.3. INFECCIONES OBJETO DE COMUNICACIÓN

- ✓ Enfermedades incluidas en el catálogo de **Enfermedades Declaración Obligatoria** (individualizadas/urgentes) del Área de Salud Pública de la Comunidad Autónoma correspondiente, cuyo reporte sigue una priorización en función de que sean de notificación urgente y/o semanal. Se realizará su comunicación externa al Servicio de Epidemiología de la provincia correspondiente y simultáneamente su comunicación interna al Equipo de Control de la Infección del centro, así como a la Dirección Médica del centro.

- ✓ **Microorganismos relevantes** aislados por el sistema de vigilancia microbiológica del Centro. Se comunicarán internamente al Equipo de Control de la Infección hospitalaria.

- Staphylococcus aureus meticilin resistente.
- Streptococos β hemolíticos en infección quirúrgica y fascitis necrotizante.
- Enterococos resistentes a vancomicina.
- Clostridium difficile.
- Pseudomonas resistentes a fluorquinolonas, cefalosporinas de 3ª y 4ª generación, carbapenems y aminoglucósidos.
- Enterobacterias multirresistentes: E. coli BLEE, Klebsiella pneumoniae productora de beta-lactamasa de espectro extendido (K. pneumoniae BLEE).
- Acinetobacter multirresistentes.
- Mycobacterium tuberculosis.
- Sarna y pediculosis.
- Gérmenes oportunistas no habituales.
- Infecciones que requieran cualquier tipo de medidas de precauciones adicionales (aislamiento).

- ✓ **Infecciones del personal:** problemas de salud identificados por el servicio de Prevención de Riesgos Laborales que por su riesgo infeccioso serán comunicados al Equipo de Control de la infección hospitalaria.

- Infecciones transmitidas por vía sanguínea tales como las debidas a los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de las hepatitis B y C (VHB y VHC).
- Tuberculosis.
- Tosferina.

- Varicela, rubéola y sarampión.
- Conjuntivitis infecciosa.
- Diarrea infecciosa.
- Infecciones por enterovirus.
- Hepatitis A.
- Infecciones meningocócicas.
- Parotiditis.
- Estado de colonizado/infectado por *Staphylococcus aureus*.

La Comunicación externa se llevará a cabo de la siguiente manera:

- Las Enfermedades de Declaración Obligatoria se comunicarán según el protocolo de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) del centro y se emprenderán las acciones oportunas a partir de los informes de los organismos de Salud Pública.
- En caso de sospecha de la contaminación en la fabricación de un fármaco, se seguirá el procedimiento de alertas farmacéuticas del centro.
- Para la vigilancia de contaminación en hemoderivados, se aplicará protocolo corporativo HD02.5/P1 Procedimiento de Bioseguridad Laboratorio de análisis Clínico y Servicio de transfusión.

5.4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN

Para la prevención y el control de la transmisión de estas infecciones se precisa una combinación de diferentes medidas como son: el cumplimiento estricto de las precauciones estándar, con especial interés en la higiene de manos, además de la limpieza y desinfección ambiental y la adopción de precauciones basadas en la transmisión.

La correcta higiene de manos en los 5 momentos de la OMS es la principal medida para prevenir las IRAS y evitar la diseminación de ciertos microorganismos.

En algunos casos además de aplicar estas medidas básicas es necesario la aplicación de precauciones adicionales basadas en el modo de transmisión de ciertos microorganismos.

Es preciso que los profesionales sanitarios y no sanitarios tengan conocimiento e introduzcan dentro de su rutina laboral, el cumplimiento de las medidas de prevención de las IRAS durante la asistencia sanitaria.

5.4.1. VIGILANCIA DE LAS IRAS

Se define como la obtención de datos, su análisis y distribución de la información resultante a los servicios asistenciales y a los profesionales que lo precisen por su labor.

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica de la infección intrahospitalaria es la obtención de información útil para facilitar las decisiones sobre el control de las infecciones.

El propósito final es utilizar esta información para reducir las tasas de infección.

A partir de la información facilitada, el Hospital desarrollará un mapa de riesgos que definirá un plan continuado de acción contra las infecciones.

5.4.2. MÉTODOS PARA LA VIGILANCIA

5.4.2.1. ESTUDIOS DE PREVALENCIA

Los estudios de **prevalencia** permiten la identificación de las infecciones de los pacientes hospitalizados en un momento dado (corte puntual), en todo el hospital o en determinadas unidades.

La participación en el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) llevado a cabo por la SEMPSPH, que se realiza anualmente, permite obtener resultados de las IRAS presentadas en nuestro entorno y establecer un benchmark.

5.4.2.2. ESTUDIO DE INCIDENCIA

Son estudios descriptivos longitudinales y prospectivos que tienen como objetivo estimar la incidencia de una enfermedad en una población determinada.

La **incidencia** se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población a riesgo durante un período de tiempo determinados (habitualmente un año).

El estudio de incidencia es el diseño más utilizado en la actualidad cuando se desea valorar de una forma precisa la problemática de las infecciones en un hospital. Al realizar el seguimiento del paciente puede conocerse la relación temporal entre el factor de riesgo y la infección.

La población objeto de estos estudios son el conjunto de pacientes expuestos a determinadas intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos.

Los métodos para la obtención del número de infecciones adquiridas dentro del hospital son el registro sistemático y la revisión periódica de los informes microbiológicos por parte del equipo de prevención y control de la infección.

Para la estimación de la incidencia se utilizan dos tipos de medidas: la incidencia acumulada y la densidad de incidencia.

Para la evaluación de los diferentes indicadores se utilizará el programa Qualios que permite realizar la comparativa dentro del Grupo Quirónsalud. Del mismo modo, se realizará una comparativa con los programas de vigilancia nacionales.

5.5. VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA: PROCEDIMIENTO ACTIVACIÓN

Los microorganismos bajo vigilancia son:

- ✓ E. coli BLEE.
- ✓ Klebsiella pneumoniae BLEE.
- ✓ Enterobacterias productoras de carbapenemasas.
- ✓ Pseudomonas aeruginosa MR.
- ✓ Acinetobacter baumannii MR.
- ✓ Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA).
- ✓ Clostridium difficile.
- ✓ Otros de interés epidemiológico.

La enfermera/o responsable del control de la infección en el centro registrará todos los casos nuevos comunicados por el servicio de Microbiología, activándose una alerta en el sistema informático del Centro.

Si el paciente se encuentra ingresado se indicará higiene diaria con jabón de Clorhexidina al 4% o toallitas impregnadas con Gluconato de Clorhexidina (GCH) al 2% durante un periodo de 7 días. La descolonización o tratamiento quedará a criterio del médico responsable del paciente.

Cada centro, desarrollará e implementará los siguientes protocolos para evitar la transmisión:

- ✓ Protocolo de precauciones adicionales (aislamientos) en pacientes con infección o colonización por microorganismos multirresistentes.
- ✓ Protocolo de actuación en caso de detección de *Clostridium difficile*.
- ✓ Precauciones adicionales en tuberculosis.

6. INDICADORES

Se establecerán los siguientes indicadores de evaluación de actividades y procedimientos relacionados con la prevención y el control de la infección:

✓ Indicadores corporativos de Prevención y Control de la Infección (PCI):

- **Reducir y prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (H. Grandes)**

Indicador: Disminuir la prevalencia de la infección asociada a la asistencia sanitaria en Hospitales Grandes.

Fórmula: N° de pacientes que han desarrollado una o más infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, adquirida en el propio centro durante el ingreso hospitalario o en un ingreso previo en la fecha de corte $\times 100 / \text{N}^{\circ}$ total de pacientes ingresados en el momento de estudio.

Tipo de estudio: Prevalencia.

Periodicidad: Anual.

- **Reducir y prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (H. Medianos y pequeños)**

Indicador: Disminuir la prevalencia de la infección asociada a la asistencia sanitaria en Hospitales Medianos y Pequeños.

Fórmula: N° de pacientes que han desarrollado una o más infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, adquirida en el propio centro durante el ingreso hospitalario o en un ingreso previo en la fecha de corte $\times 100 / \text{N}^{\circ}$ total de pacientes ingresados en el momento de estudio.

Tipo de estudio: Prevalencia.

Periodicidad: Anual.

- **Médico Preventivista**

Indicador: Disponer de preventivista de referencia.

Fórmula: Existencia de un médico preventivista en el hospital.

Periodicidad: Decisión única.

- **Proyecto Flebitis Zero**

Indicador: Implantar el proyecto Flebitis Zero. Proporción de profesionales formados en acceso venoso periférico en el último año.

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de profesionales formados en las medidas a implantar} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de profesionales de enfermería}$.

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- **Infecciones relacionadas con catéter venoso central**

Indicador: Medir y mejorar infección relacionada con catéter venoso central.

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de Infecciones relacionadas con el catéter venoso central (diagnóstico secundario) por cada 1.000 altas médicas y quirúrgicas para pacientes de 18 años o más o casos obstétricos}$.

Tipo de estudio: Incidencia.

Periodicidad: Seguimiento mensual.

- **Proyecto IQZ (Infección Quirúrgica Zero)**

Indicador: Implantar el proyecto IQZ.

Incluye cumplimiento de las 3 medidas obligatorias:

- Adecuación de la profilaxis antibiótica
- Pincelado con clorhexidina al 2%
- Eliminación correcta del vello

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de unidades o servicios quirúrgicos en los que están implantadas las 3 medidas obligatorias de la IQZ} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de unidades o servicios quirúrgicos en los que resulta de aplicación}$.

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- **Infección de localización quirúrgica (ILQ) en Cirugía de colon**

Indicador: Reducir la ILQ en cirugía de colon.

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de pacientes con ILQ intervenidos del procedimiento quirúrgico estudiado} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes intervenidos del procedimiento quirúrgico estudiado en el periodo de análisis. (mínimo 6 meses)}$.

Tipo de estudio: Incidencia.

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- **Infección de localización quirúrgica en prótesis de cadera**

Indicador: Reducir la ILQ en prótesis de cadera.

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de pacientes con ILQ intervenidos del procedimiento quirúrgico estudiado} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes intervenidos del procedimiento quirúrgico estudiado en el periodo de análisis. (mínimo 6 meses)}$.

Tipo de estudio: Incidencia.

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- **Infección de localización quirúrgica en prótesis de rodilla**

Indicador: Reducir la ILQ en prótesis de rodilla.

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de pacientes con ILQ intervenidos del procedimiento quirúrgico estudiado} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes intervenidos del procedimiento quirúrgico estudiado en el periodo de análisis. (mínimo 6 meses)}$.

Tipo de estudio: Incidencia.

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- **Manejo de la Sepsis Postquirúrgica**

Indicador: Medir y mejorar el manejo de la sepsis postquirúrgica.

Fórmula: Número de episodios con diagnóstico secundario de sepsis postquirúrgica por cada 1.000 ingresos quirúrgicos programados en mayores de 18 años.

Tipo de estudio: Incidencia.

Periodicidad: Seguimiento continuo mensual.

- **Formación de profesionales en manejo de sepsis**

Indicador: Aumentar la formación en manejo de sepsis.

Fórmula: Nº de trabajadores formados (servicios de urgencias, UCI y hospitalización) x 100/ Nº total de trabajadores de las áreas implicadas (urgencias, UCI y hospitalización).

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- **Norma UNE 171340 en áreas de ambiente controlado**

Indicador: Realizar la "Validación y cualificación de áreas críticas conforme la Norma UNE 171340 en todas las áreas de ambiente controlado. Realizar seguimiento con Comité de SP y C.I.P.P.A.

Fórmula: Validación de todas las áreas de ambiente controlado.

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- **Protocolo de disciplina dentro del Área Quirúrgica**

Indicador: Implantar un protocolo de disciplina quirúrgica en el bloque quirúrgico y servicios de especial control.

Fórmula: Desarrollar un check list de comprobación. Medir el grado de cumplimiento de disciplina en el área quirúrgica.

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- **Mejorar la adherencia del personal a la higiene de manos**

Indicador: Realizar la autoevaluación de higiene de manos de la OMS y mejorar la puntuación.

Fórmula: Realizar semestralmente la autoevaluación de la OMS e indicar la puntuación.

Periodicidad: Seguimiento trimestral.

- ✓ **Indicadores asociados a complicaciones.**

Indicador 1: HAC_06 ITU asociada a catéter.

Indicador 2: HAC_07 Infección asociada a catéter vascular.

Indicador 3: HAC_11 Infección quirúrgica después cirugía bariátrica.

Indicador 4: HAC_12 Infección quirúrgica después de procedimiento sobre columna, hombro o codo.

Indicador 4: HAC_13 Infección quirúrgica después de implante de dispositivo cardiaco.

Cada hospital deberá definir indicadores específicos para cada una de estas áreas:

- ✓ **Incidencia de infección relacionada con la asistencia sanitaria en UCI.**
- ✓ **Uso de antimicrobianos.**
- ✓ **Tasa de multirresistencias.**
- ✓ **Tasa de contaminación de hemocultivos.**
- ✓ **Tasa de contaminación ambiental (Quirófano, Hemodinámica, Paritorio, UCI Adultos, UCI Neonatos, Reanimación, Habitaciones Aislados, Farmacia).**
- ✓ **Tasa de contaminación ambiental por obra.**
- ✓ **Tasa de contaminación material susceptible de desinfección de alto nivel.**
- ✓ **Contaminación por Legionella.**

7. VIGILANCIA AMBIENTAL

Se realizarán controles ambientales en áreas críticas según protocolo Corporativo CORP20.0/P2 Protocolo Bioseguridad Ambiental en las zonas ambiente controlado.

Coordinación con empresas externas

Se solicitarán informes para el control de la infección a las empresas externas de mantenimiento, cocina, esterilización y recogida de residuos en los siguientes conceptos:

- ✓ Control de Legionella en el agua: a través de Mantenimiento.
- ✓ Control de alimentos: a través de Cocina.
- ✓ Control de lavandería externa.
- ✓ Cambio de filtros HEPA: a través de Mantenimiento.
- ✓ Control de recogida de residuos: a través del responsable de residuos de SPS y Comité de Medio Ambiente del hospital.
- ✓ Colaboración en la propuesta y seguimiento de las medidas de prevención de las infecciones ante obras/remodelaciones.

8. VIGILANCIA DE LA SALUD

8.1. INMUNIZACIÓN DEL PERSONAL

El hospital identificará qué miembros del personal están en riesgo por exposición y posible transmisión de enfermedades prevenibles por medio de vacunas e implementará un programa de vacunación e inmunización del personal.

- ✓ Campañas de vacunación sistemática contra Hepatitis B, Tétanos, Varicela, Triple vírica, Gripe y COVID.
- ✓ Screening al personal:
 - Su objetivo es disminuir la transmisión de infecciones de pacientes al personal sanitario, del personal sanitario a los pacientes y del personal sanitario entre sí.
 - Se realizará al personal en función del riesgo, de la anamnesis, de los antecedentes y del tipo de reconocimiento: VHC, VHB, VIH, Varicela Ac Ig G, Sarampión Ac Ig G y prueba de la tuberculina o intradermorreacción de Mantoux.

9. SEGURIDAD EN EL LABORATORIO

El programa de seguridad del laboratorio forma parte del programa de prevención y control de infecciones y se ha de reportar cualquier incidente relacionado con la infección.

10. COCINA

- ✓ Vigilancia para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con el funcionamiento de los servicios de alimentos.
- ✓ Control del almacenamiento y preparación adecuada de alimentos, así como el transporte en el hospital, respetando la cadena de suministro del alimento desde el inicio hasta el final.
- ✓ Se adoptarán e implementarán medidas de higiene en la cocina y directrices para las áreas de preparación para prevenir el riesgo de contaminación cruzada e infección.
- ✓ Se adoptarán guías profesionales para los productos nutricionales que tengan requisitos especiales de almacenamiento y preparación, como la leche materna, fórmulas para bebés y otros productos enterales.

11. QUIRÓFANO/ESTERILIZACIÓN

Los sistemas de ventilación de presión positiva se utilizan en áreas del hospital que requieren el más alto nivel de limpieza; por ejemplo, los quirófanos, las áreas de almacenamiento estéril y las salas para pacientes inmunodeprimidos.

Los sistemas de presión positiva en los quirófanos deberán estar activos cuando estén ocupados, pero no necesitarán estar activos durante la limpieza o el mantenimiento. La presión positiva deberá permanecer activa todo el tiempo en las áreas de almacenamiento de suministros estériles para evitar la contaminación de los mismos.

12. INGENIERIA

En el hospital funcionan y se mantienen sistemas de ventilación, flujo del aire, presión y controles de humedad para mantener la calidad del aire interior. Esto incluye el mantenimiento de los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado de manera que se minimicen los riesgos de infecciones para pacientes, personal y visitantes. El hospital implementará y monitorizará planes de mejora para prevenir eventos adversos en el uso de equipos de radiaciones ópticas (láseres), de forma coordinada con los programas de gestión de instalaciones y el control de infecciones.

13. OBRAS

El hospital reducirá el riesgo de infección relacionado con las actividades de demolición, construcción y renovación de las instalaciones y evaluará los riesgos y el impacto de estas actividades en la calidad del aire y en las tareas de prevención y control de la infección del hospital.

Se gestionarán los riesgos y el impacto de las actividades de demolición, renovación o construcción para proteger de la infección a pacientes, personal y visitantes de acuerdo al CORP 27.4/P10 Procedimiento corporativo de análisis de riesgos y bioseguridad en obras.

14. LAVANDERÍA

El programa de prevención y control de infecciones identificará estándares de agencias sanitarias reconocidas en la prevención y control de la infección, relacionados con la limpieza y desinfección de la ropa sucia, la ropa de cama y la ropa de trabajo proporcionada por el hospital.

Abarcará la recogida, clasificación, lavado, secado, doblado, distribución y almacenamiento de estos artículos. Los métodos de lavado cumplirán con la legislación y normativa local y nacional y seguirán las directrices de las agencias reconocidas en la prevención y control de la infección, para garantizar el procesado completo y seguro de estos artículos.

- ✓ El personal que maneja la ropa seguirá las precauciones estándar y utilizará las medidas de precaución frente a la transmisión cuando manejen la ropa sucia y la ropa de cama de las habitaciones de aislamiento.
- ✓ La ropa sucia, ropa de cama y uniformes del hospital que estén empapados de sangre u otros fluidos corporales se separarán de otros artículos sucios y se etiquetarán como contaminados para avisar al personal que procese los artículos contaminados del aumento del riesgo de infección.
- ✓ La ropa se procesará, transportará y almacenará de manera que se evitara la contaminación cruzada entre artículos sucios y limpios; por ejemplo, la ropa limpia y la sucia podrá entrar y salir de las instalaciones de la lavandería a través de puertas específicas y la ropa limpia almacenarse en carros de ropa cubiertos.
- ✓ El personal usará ropa de trabajo del hospital cuando sea necesario.

15. LIMPIEZA

El programa de prevención y control de la infección identificará e implementará estándares de programas reconocidos en la prevención y control de la infección para abordar la limpieza y desinfección ambiental y de superficies.

La limpieza ambiental de rutina incluirá la limpieza diaria de las habitaciones de los pacientes y las áreas de atención, las salas de espera y otros espacios públicos, las zonas de trabajo del personal, las cocinas, etc. Cada hospital definirá sus prácticas de limpieza de rutina, incluyendo la frecuencia de las limpiezas.

La limpieza y desinfección ambiental se monitorizará a través de rondas de evaluación. Estos datos se utilizarán durante la formación continua del personal de limpieza ambiental y para evaluar y modificar el proceso de limpieza y desinfección cuando esté indicado.

16. AISLAMIENTOS

Cada centro definirá la metodología para asegurar que el Hospital proporciona las precauciones de barrera y procedimientos de precauciones adicionales (aislamiento) que protegen de las enfermedades transmisibles a pacientes, visitantes y personal. Así mismo, cada centro se asegurará de proteger a los pacientes inmunodeprimidos de adquirir infecciones a las que son particularmente propensos.

17. MEMORIA Y COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

- ✓ Se realizará una memoria anual que se enviará a la Gerencia, Dirección de Calidad y Seguridad del Paciente, Dirección Médica y Dirección de Enfermería del centro.

- ✓ Se realizarán actas de las reuniones del Comité de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica (C.I.P.P.A), del Equipo de control de la infección con otros Servicios y del PROA.
- ✓ Se presentarán los resultados de los indicadores trimestralmente en el Comité de Infección, Profilaxis y Política Antibiótica (C.I.P.P.A), especificando los niveles de alerta en los indicadores. En el caso de un desvío en los datos se realizará un breve análisis y se propondrán acciones de mejora.
- ✓ De algunos indicadores, se difundirán sus resultados en las unidades para el conocimiento del personal.

18. MEJORA CONTINUA

El Equipo de Control de la Infección deberá realizar las siguientes actividades relacionadas con la mejora de la calidad:

- ✓ Colaborar en los procesos de acreditación, autoevaluaciones, certificaciones y auditorías del programa de control y prevención de las IRAS.
- ✓ Participar en grupos de trabajo para la mejora de la calidad institucional.
- ✓ Evaluar los indicadores corporativos de control y prevención de la infección y definir los indicadores específicos de centro.
- ✓ Revisar los resultados y establecer acciones de mejora.
- ✓ Participar en el Comité de Seguridad del Paciente.
- ✓ Difundir los resultados a dirección y profesionales del centro.
- ✓ Documentar las acciones de mejora.
- ✓ Planificar la formación del personal en control de infección (nuevas incorporaciones y actualización).
- ✓ Proponer anualmente nuevas líneas de trabajo.

19. FORMACIÓN

Se proporcionará educación sobre las prácticas de prevención y control de la infección al personal, a los médicos, a los pacientes, a las familias y a otros cuidadores cuando esté indicado por su participación en la atención.

Formación a los profesionales en prevención de las infecciones:

- ✓ Formación específica de higiene de manos y aislamientos a todo el personal.
- ✓ Programa formación en higiene de manos a los nuevos empleados (Universidad Corporativa) incluido en el Plan de Acogida.
- ✓ Formación continuada en medidas de precaución en las enfermedades infecciosas.
- ✓ Formación continuada en medidas de prevención en procedimientos invasivos.
- ✓ Formación en prevención de la gripe.
- ✓ Formación y educación sobre prevención y control de infecciones a los pacientes y familia.
- ✓ Formación en el buen uso de antimicrobianos: Programa PROA.

Formación continuada de la C.I.P.P.A:

- ✓ Cursos y talleres de los programas de vigilancia epidemiológica de la CCAA correspondiente (VINCAT, VIRAS etc).
- ✓ Talleres de ENVIN-UCI. Formación para la implantación de proyectos ZERO.
- ✓ Congresos nacionales – Internacionales.

20. DOCUMENTACIÓN RELACIONADA

Prevención de la infección asociada a catéter vascular

- ✓ CORP03.6/P14 Inserción y mantenimiento de catéteres venosos en paciente adulto.

Estudio y Control de Brotes

- ✓ CORP3.6/P21 Protocolo de actuación frente enfermedades transmisibles globales.

Control de infecciones

- ✓ CORP 27.4/P10 Procedimiento corporativo de análisis de riesgos y bioseguridad en obras.
- ✓ CORP09.1/P1 Manejo del código Sepsis en adultos.

Higiene de manos

- ✓ CORP03.6/P1 Higiene de manos.
- ✓ CORP3.6/P1/IT1 Higiene de manos quirúrgica.
- ✓ CORP3.6/P1/IT2 Uso Adecuado de Guantes.

Limpieza y desinfección de Instrumental

- ✓ CORP28.0/P1 Procedimiento corporativo de limpieza, desinfección y esterilización de instrumental quirúrgico.

Desinfección de alto nivel

- ✓ CORP20.0/P1 Procedimiento corporativo de limpieza y desinfección de material endoscópico.

Manejo de ropa

- ✓ CORP24.3/P001 Manual de procedimientos de lavandería

Precauciones estándar

- ✓ SPS24.4/GM1/SGSA/P07-03/IT5. Plan de Higiene.
- ✓ SPS24.4/GM1/SGSA/P7-03/IT1. Limpieza Loncheadora.
- ✓ SPS24.4/GM1/SGSA/P7-03/IT2. Limpieza batidora.
- ✓ SPS24.4/GM1/SGSA/P7-03/IT3. Limpieza envasadora al vacío.
- ✓ SPS24.4/GM1/SGSA/P7-03/IT4. Limpieza tablas de corte.
- ✓ SPS24.4/GM1/SGSA/P7-03/IT5. Limpieza trenes de lavado.

Seguridad alimentaria

- ✓ SPS24.1/GM1 Manual de Procedimientos de Limpieza e Higiene Hospitalaria.

Limpieza General

- ✓ SPS24.1/GM1 Manual de procedimientos de limpieza.
- ✓ SPS24.1/GM1/P1 Definición zonas limpieza.

- ✓ SPS24.1/GM1/P2.1 Técnicas de limpieza.
- ✓ SPS24.1/GM1/P2 Recursos materiales.
- ✓ SPS24.1/GM1/P2.2 Carros de limpieza.
- ✓ SPS24.1/GM1/P2.3 Equipos de limpieza.
- ✓ SPS24.1/GM1/P2.4 Productos de limpieza.
- ✓ SPS24.1/GM1/P3 Normas generales de limpieza.
- ✓ SPS24.1/GM1/P4 Programa general de limpieza por zonas.
- ✓ SPS24.1/GM1/P5 Protocolos de limpieza zonas de bajo riesgo.
- ✓ SPS24.1/GM1/P6 Protocolos de limpieza zonas de medio riesgo.
- ✓ SPS24.1/GM1/P6/IT1 Normas de limpieza en medio riesgo.
- ✓ SPS24.1/GM1/P6/IT2 Normas de limpieza de habitaciones sin aislamiento.
- ✓ SPS24.1/GM1/P6/IT3 Normas de limpieza en radiodiagnóstico y medicina nuclear.
- ✓ SPS24.1/GM1/P6/IT4 Normas de limpieza en mortuario.
- ✓ SPS24.1/GM1/P7 Normas de limpieza de alto riesgo.
- ✓ SPS24.1/GM1/P7/IT1 Normas de limpieza BLOQUE A
- ✓ SPS24.1/GM1/P7/IT1 Normas de limpieza BLOQUE B
- ✓ SPS24.1/GM1/P7/IT1 Normas de limpieza BLOQUE C
- ✓ SPS24.1/GM1/P7/IT1 Normas de limpieza BLOQUE D
- ✓ SPS24.1/GM1/P9 Procedimiento de evaluación del servicio.
- ✓ SPS24.1/GM1/P9/F1 Procedimiento limpieza de alta de habitaciones.
- ✓ SPS24.1/GM1/P9/F2 Control al alta habitaciones.
- ✓ SPS24.1/GM1/P9/F3 Control áreas críticas.
- ✓ SPS24.1/GM1/P9/F2 Control habitación aislados.
- ✓ SPS24.1/P1 Protocolo de formación en limpieza.
- ✓ SPS24.1/P3 Limpieza de obras.

Manejo de ropa

- ✓ CORP24.3/P001 Manual de Procedimientos de Lavandería

Prevención y control de infecciones de origen ambiental

- ✓ CORP20.0/P2 Protocolo Bioseguridad Ambiental en las zonas ambiente controlado.
- ✓ CORP27.1 Mantenimiento de instalaciones en hospitales y centros Quirónsalud.
- ✓ CORP27.4/P10 Procedimiento corporativo de análisis de riesgos y bioseguridad en obras.

Manejo de Residuos sanitarios

- ✓ SPS24 2/P1 Procedimiento de Gestión Intrahospitalaria de Residuos.

Actuación ante accidentes biológicos

- ✓ CORP2.5/P10 Protocolo de actuación e investigación en caso de incidente.

21. BIBLIOGRAFÍA

1. Badia JM, Barrufet P, Campins M, et al. Programa de vigilància de les infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya (VINCat). Vigilancia de les Infeccions Nosocomials als hospitals de Catalunya. 2019.
2. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio EPINE-EPPS 2023. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos. 2024.
3. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Posicionamiento GESITRA-IC/SEIMC/REIPI respecto a la vacunación frente a SARSCoV-2 en receptores de trasplante de órgano sólido. 2021.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Immunization of Health-Care Personnel. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 60:7. 2011.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. 2024.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Infection Control in Healthcare Personnel: Infrastructure and Routine Practices for Occupational Infection Prevention and Control Services. 2019.
7. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció de les infeccions quirúrgiques a Catalunya: PREVINQ-CAT. 2018.
8. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Precaucions d'aïllament per evitar la transmissió d'agents infecciosos als centres sanitaris. 2009.
9. Rodríguez-Navas ML, Fernández-Moreno I, Martín MF, et al. Marco de Competencias Enfermera/o experta/o en Prevención y Control de Infecciones. Consejo General de Enfermería, Instituto Español de Investigación Enfermera. 2021.
10. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Clinical Infectious Diseases 2011; 52: e162-e193.
11. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009. Infection Control & Hospital Epidemiology 2010; 31: 319-326.
12. Sinonquel P, Roelandt P, Demedts I, et al. COVID-19 and gastrointestinal endoscopy: What should be taken into account? Digestive Endoscopy 2020; 32: 723-731.
13. Sehulster LM, Chinn RYW, Arduino MJ, et al. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association; 2019.
14. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, et al. Evidence based management guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. International Journal of Surgery 2020; 77: 206-216.
15. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, et al. Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. American Journal of Infection Control 2007; 35: S165-S193.
16. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, et al. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. American Journal of Infection Control 2007; 35: S65-S164.

17. Pradhan D, Biswasroy P, Kumar Naik P, et al. A Review of Current Interventions for COVID-19 Prevention. Archives of Medical Research 2020; 51: 363-374.
18. Mateos-Lindemann ML, Pérez-Castro S, Pérez-Gracia MT, Rodríguez-Iglesias M. Diagnóstico microbiológico de la infección por el virus del papiloma humano. 57. Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2016.
19. Bou-Arevalo G, Chaves-Sánchez F, Oliver-Palomo A, Oteo-Iglesias J. Métodos microbiológicos para la vigilancia del estado de portador de bacterias multirresistentes. 55. Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
20. Calvo-Montes J, Canut-Blasco A, Martínez-Martínez L, Rodríguez-Díaz JC. Preparación de informes acumulados de sensibilidad a los antimicrobianos. 51. Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2014.
21. Ezpeleta-Baquedano C, Barrios Andrés JL, Delgado-Iribarren García-Campero A. Control Microbiológico ambiental. Procedimientos en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2012.
22. García F, Melón S, Navarro D, et al. Organización del diagnóstico de SARS-CoV-2 y estrategias de optimización. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2020.
23. Marcos MA, Navarro D, Paño JR, Retamar P. Estrategia diagnóstica de SARS-CoV-2 y otras infecciones respiratorias durante la pandemia Covid-19. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2020.
24. Hospital Universitario Dexeus. Procedimiento HUDEX20.0/P1 de Programa de prevención y control de la infección.
25. Hospital Universitario General de Catalunya. Manual HUGC20.0/G/M001 de Plan funcional de prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria. 2023.
26. Hospital Quirónsalud Barcelona. Manual HQBCN20.0/G/M001 de Programa de prevención y control de la infección. 2023."
27. Centro Médico Teknon. Procedimiento CMTKN20.0/P003 de Programa de prevención y control de infecciones 2022-2024. 2023.
28. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Procedimiento HUQM20.0/P002 de Prevención y control de infecciones. 2024.