



MINISTERIO DE SALUD

Normativa 135

NORMA PARA LA GARANTÍA DE LA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Managua, 2015

N
WX
167
0280
2015

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y
Unidad Nacional.
Ministerio de Salud.
Normativa No. 135
NORMA PARA LA GARANTÍA DE LA PREVENCIÓN,
VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.
MINSA, Managua, 2015.

53 p.; ilus; tab

Acuerdo Ministerial No. 468-2015

1. Gratuidad de la Atención de Salud
2. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
3. Control de Riesgo^Métodos
4. Control de Riesgo^Normados
5. Política de Salud
6. Atención a la Salud

Ficha Catalográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional
de Salud.

©MINSA, 2015.

SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
CI	Comité de Infecciones
CNDR	Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia
CURIM	Comité de Uso Racional de Insumos Médicos
DGIM	División General de Insumos Médicos
DGPD	División General de Planificación y Desarrollo
DGRS	Dirección General de Regulación Sanitaria.
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud
DGVPS	Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública
ECRA	Estrategia para Contener la Resistencia a los Antimicrobianos
EPCI	Equipo de Prevención y Control de IAAS
EPSS	Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud
GRUN	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	Primer Nivel de Atención
PSA	Prueba de Susceptibilidad a los Antibióticos
PPCI	Programa de Prevención y Control de IAAS
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

ÍNDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. SOPORTE JURIDICO	5
V. DEFINICIONES para la garantía de la vigilancia, prevención y control de las IAAS	8
VI. DEFINICION DE LA NORMA.....	14
VII. OBJETO DE LA NORMA.....	14
VIII. CAMPO DE APLICACIÓN	14
IX. UNIVERSO DE LA NORMA.....	14
X. ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD PARA LA PREVENCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS IAAS.....	15
XI. DISPOSICIONES GENERALES:	18
XII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	24
A.ORGANIZACIÓN	24
B. CUMPLIMIENTO ESTRICTO DE NORMAS Y MANUALES POR EL PERSONAL DE SALUD PARA GARANTIZAR LA PREVENCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE BROTES DE IAAS	32
C. ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE NORMAS, MANUALES, GUÍAS Y PROTOCOLOS POR LAS DIRECCIONES Y DIVISIONES DEL MINSA CENTRAL SEGÚN SU COMPETENCIA EN LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS.....	40
D. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS IAAS	43
E. SISTEMA DE VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS MULTIDROGO-RESISTENTES.....	47
F. EVALUACION DE INTERVENCIONES PARA LA VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES.....	51
G. SALUD PÚBLICA Y OTROS AGENTES.....	52
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS	54

I. INTRODUCCIÓN

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), considera la salud como un factor de desarrollo y un derecho humano. Los Esfuerzos se orientan a mejorar la calidad de los beneficios del sector social, especialmente en el proceso salud – enfermedad – atención; resolviendo los problemas de exclusión social, haciendo coherente la acción con las políticas de integralidad.¹ En este sentido, la política de salud está centrada en restituir el derecho de los nicaragüenses a vivir en entornos limpios, seguros, respetando el eco-sistema. Así, como la promoción de estilos de vida saludables y garantía de una atención médica accesible, eficiente, segura y de calidad, los que deben ser gratuito, adecuándose a las realidades multiétnicas, culturales, religiosas y sociales del país.²

Consecuente con el lineamiento de la Política Nacional de Salud se formuló la Estrategia de Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos (ECRA); el primer objetivo del ECRA es contribuir a la calidad de la atención en salud de calidad lo que contribuirá a la reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).^{3,4}

Las enfermedades transmisibles, incluyendo las IAAS, representan un problema de gran importancia clínica, epidemiológica y económica, debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, prolongación de los días de estancia hospitalaria, uso de antibióticos de amplio espectro, exceso de pruebas diagnósticas, presión en la economía familiar e incremento del gasto sanitario. La transmisión y propagación de los microorganismos se reducen, cuando se aplican las medidas de precauciones estándares y adicionales: higiene de manos, uso del equipo de protección, garantía de la limpieza y desinfección de superficies, limpieza y esterilización de materiales críticos y semicríticos y la aplicación del paquete de cuidados en procedimientos invasivos.

La presente **Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud**, permite la aplicación de criterios técnicos - administrativos y sistemas de trabajo multidisciplinarios para la identificación temprana, estudio, prevención y control de las IAAS en los Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud (EPSS), públicos y privados con la participación de las instituciones formadoras de recursos sanitarios, los profesionales de la salud, usuarios, familias y la comunidad. Además, persigue el cumplimiento de las dimensiones de la calidad las cuales están basadas en el nivel de competencias de los profesionales que prestan el servicio. Estas dimensiones deben percibirse y demostrarse por medio de indicadores confiables que consideren las limitaciones y facilidades a fin de que la atención en salud sea efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente.

¹ Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan de Desarrollo Humano. 2012– 2020

² Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Plurianual de Salud. 2011 - 2015

³ Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Política Nacional de Salud. 2008

⁴ Nicaragua. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos. Plan de Acción y Marco conceptual. Octubre, 2014

II. ANTECEDENTES

La efectividad de los sistemas de vigilancia y programas de control de infecciones para prevenir las infecciones nosocomiales en los hospitales de EUA fue valorado por el CDC por medio del Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC Project), realizado en 1970 – 1976. En una muestra representativa de hospitales generales de EUA, que tenían médicos entrenados en control de infecciones o microbiólogos involucrados en un programa de control de infecciones y al menos una enfermera en control de infecciones por cada 250 camas; se asoció con un reducción del 32% en las tasas de cuatro infecciones estudiadas (infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter vascular, neumonía asociada a ventilador, infecciones del tracto urinario relacionada a catéter e infecciones del sitio quirúrgico).⁵ Basado también en estas conclusiones, en 1986 el National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS), reconoció que los esfuerzos de la vigilancia debían ser más intensivos en áreas hospitalarias de alto riesgo como unidades de cuidados intensivos y en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. De esta forma se logra establecer las bases de un organizado y validado sistema de vigilancia de las prácticas de prevención y control de las IAAS que ha servido de modelo a muchos países.⁶

Una meta-análisis de 220 estudios publicados en el periodo de 1995 – 2008, sobre la carga de las IAAS en países en vías de desarrollo, reporta una prevalencia global de IAAS de 10.1 x 100 pacientes (95% IC 8.4 – 12.2) y una incidencia de 7.4 x 100 pacientes (95% IC 4.4 – 12.2). De los 22 estudios de prevalencia, el 50 % (11 estudios), reportaron alta frecuencias de infecciones por arriba de 10 x 100 pacientes. En esta población de pacientes el 29 % de las IAAS fueron infecciones del sitio quirúrgico; 24 % afectación del tracto urinario; 19 % infecciones del torrente sanguíneo; 15 % neumonía asociada a la atención de salud y 13 % fueron otras infecciones. En 28 estudios reportaron información sobre el patógeno causante de IAAS, los bacilos Gram negativos representan los aislamientos nosocomiales más comunes en pacientes de alto riesgo y población mixta, *Staphylococcus aureus* fue el patógeno más frecuente aislado en población mixta y *Acinetobacter spp* fue aislado más frecuente en pacientes de alto riesgo.⁷

En el proceso salud – enfermedad infecciosa – atención, existe un alto riesgo de eventos adversos por la utilización frecuente de dispositivos médicos invasivos, procedimientos quirúrgicos, cirugías de emergencia, administración intravenosa de quimioterapia, uso de máquinas de hemodiálisis/diálisis peritoneal, trasplante renal, huésped inmunocomprometido por diabetes, obesidad/malnutrido, VIH/SIDA, cáncer, los traumas múltiples por accidentes terrestres, laborales y violencia, la emergencia de nuevas enfermedades y el aislamiento frecuente de microorganismos multidrogo-resistentes en hospitales y la comunidad.

⁵ Haley RW, Quade D, Freeman HE and Bennett JV. Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC PROJECT). Am. J. Epidemiol. 1980; 111 (5): 472-485

⁶Izquierdo-Cubas, Francisco Manuel, Zambrano Cárdenas, Andrés, Frómata Suárez, Ileana. Sistema de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias en Cuba Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [en línea] 2008, 46 (1) (Enero-Abril) : [Fecha de consulta: 9 de octubre de 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2232/223218855004.pdf>

⁷Allegranzi B, Nejad S, Combescurre C, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet 2011; 377: 228–41

El Ministerio de Salud de Nicaragua, desde el año 2002 dispone de la Ley General de Salud, donde establece que toda persona natural o jurídica debe cumplir con las medidas para prevenir la aparición y propagación de enfermedades transmisibles de acuerdo a las normativas elaboradas por la autoridad sanitaria. Además, establece la estructura organizativa y funcional para ejecutarlas “Los sub-comités de Infecciones Intrahospitalarias” (CIH). Posteriormente, se elabora y disemina La Norma y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos; Manuales de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la Atención de Personas con VIH/Sida; Manual de Higiene y Manipulación de Alimentos para Comedores Populares e Institucionales; Manual para la Vigilancia Sanitaria del Agua para Consumo Humano; Guía de Acompañamiento Técnico y Monitoreo Integral para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en apoyo a las prácticas de prevención y control de IAAS en los Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud (EPSS)^{8, 9, 10, 11}

Consecuente con el lineamiento de la Política Nacional de Salud: Atención en salud de calidad y medicinas gratuitas, el Ministerio de Salud, formuló el Plan Estratégico Nacional de Promoción del Uso Racional de Medicamentos en Nicaragua (PENPURM 2011 – 2013), el cual le confiere a Nicaragua el privilegio de ser el primer país de la Región de las Américas en su implementación. El Eje Estratégico Gestión, orienta diseñar una Estrategia Nacional de Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos (ECRA). El primer objetivo de ECRA es contribuir en la atención en salud de calidad con un bajo riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)^{12, 13}

La División General de Insumos Médicos (DGIM), en coordinación con la Dirección General de Servicios de Salud, cumpliendo con uno de los objetivos estratégicos del PENPURM “Promover el Uso Seguro y Efectivo de los Antimicrobianos en los Servicios de Salud”, presenta La Norma para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, en donde se establecen los estándares mínimos para la conformación de una estructura organizacional y funcional en los diferentes niveles de resolución del MINSAL, que permitan el ordenamiento por medio de manuales, protocolo, guías e instrumentos homogéneos sobre la vigilancia epidemiológica, prevención y control de IAAS. A su vez, proveer la asistencia técnica, supervisión, capacitación y herramientas de trabajo para el desarrollo de las funciones del comité de prevención y control de infecciones.

⁸ Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa - 079 Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la Atención de Personas con VIH – Sida. 2011

⁹ Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa - 092 Manual de Higiene y manipulación de alimentos para comedores populares e institucionales. 2012

¹⁰ Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa – 066. Manual para la Vigilancia Sanitaria del Agua para Consumo Humano. 2011

¹¹ Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa – 115. Guía de Acompañamiento Técnico y Monitoreo Integral para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención. 2013

¹² Ministerio de Salud, Nicaragua. Plan Estratégico Nacional de Promoción del Uso Racional de Medicamentos, 2011 – 2013. Mayo, 2011.

¹³ Ministerio de Salud. Nicaragua. Estrategia Nacional de Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos. Plan de Acción y Marco conceptual. Octubre, 2014

III. JUSTIFICACIÓN

La Ley General de Salud de la República de Nicaragua, precisa que la calidad es un principio del sistema de salud y el estado debe garantizar el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos y tecnologías existentes con el máximo beneficio y satisfacción al menor costo y riesgo posible.¹

En el año 2000 la OPS/OMS presentó la iniciativa de incorporar como función, la garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, dentro de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), la cual establece la responsabilidad del estado en velar por la calidad de la atención tanto del sector público como privado y define los componentes específicos para el ejercicio de esta función, que incluyen: **El Monitoreo Continuo de la Calidad, la Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, la producción de normas y la aplicación de metodologías científicas en la evaluación de las intervenciones de salud y sistema de medición de satisfacción de los usuarios.**

La Norma **para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de las IAAS**, integra las recomendaciones de la OMS y la experiencia nicaragüense para garantizar el control y disminución de las IAAS y por consiguiente reducir el uso de antimicrobianos y la resistencia a estos.

Retos emergentes para la prevención, vigilancia y control de IAAS: ¹⁴

- 1) Vigilancia y prevención de infecciones en establecimientos diferentes de los hospitales regionales y de referencia nacional, por ejemplo, hospitales primarios, hospitales crónicos, centros de cirugía ambulatoria, casas maternas, cuidados sanitarios en el hogar.
- 2) Supervisión de los departamentos de higiene y seguridad ocupacional, en relación con la prevención de infecciones, por ejemplo, evaluación de riesgos y la administración de tratamiento recomendado después de la exposición a agentes infecciosos, de tuberculosis, vacunación contra la influenza, pruebas de ajuste de protección respiratoria, y la administración de otras vacunas.
- 3) Planificación para la atención de enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
- 4) Seguimiento de adherencia a las prácticas de control de infecciones seleccionadas.
- 5) Supervisión de la evaluación de riesgos y la aplicación de medidas de prevención relacionadas con la construcción y renovación de infraestructura sanitaria.
- 6) Prevención de la transmisión de Microorganismos Multidrogo-Resistentes, Extensamente drogo-Resistentes y Pandrogo-Resistentes (MDR/EDR/PDR)
- 7) Evaluación de tecnología médica que podrían estar asociados con un mayor riesgo de infección,
- 8) Fortalecer los procesos de información, educación y comunicación sobre el tema de IAAS dirigidos al personal de salud y población en general.
- 9) Participación en proyectos de investigación locales y multicéntrico, planes de acción nacionales y mundiales sobre la resistencia a los antimicrobianos.

¹⁴Allegranzi B, Bagheri S, Combesure C, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet 2011; 377: 228–41

IV. SOPORTE JURÍDICO

La Norma **para la Garantía de la Prevención, Vigilancia y Control de las IAAS**, está enmarcada para su cumplimiento en la **Constitución Política de la República de Nicaragua**. Reconoce el derecho de todos los nicaragüenses a la vida y a la salud y la obligación del Estado de establecer las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.¹⁵

Ley General de Salud y su Reglamento. Ley No 423, establece las competencias y atribuciones del Ministerio de Salud. Capítulo I. De las competencias del Ministerio de Salud. **Art. 7, Numeral 28; En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes y sin perjuicio de lo que disponga las leyes laborales en materia de riesgos del trabajo, corresponde al Ministerio de Salud en coordinación con otras entidades del Estado:**¹⁶

- a) Dictar las normas técnicas para la prevención y control de enfermedades y accidentes
- b) Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de conformidad con esta Ley y las disposiciones que al efecto se dicten.
- c) Realizar los programas y actividades que estime necesarias para la prevención y control de enfermedades y accidentes.

Ley General de Higiene y Seguridad del Trabajo. Ley No. 618 Título VII De los equipos de protección personal¹⁷

Artículo 134.- Los equipos de protección personal deberán utilizarse en forma obligatoria y permanente cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse. Los equipos de protección personal, deberán cumplir los requisitos siguientes:

- a) Proporcionar protección personal adecuada y eficaz frente a los riesgos que motivan su uso, sin ocasionar riesgos adicionales ni molestias innecesarias.
- b) En caso de riesgos múltiples, que requieran la utilización simultánea de varios equipos de protección personal, éstos deberán ser compatibles, manteniendo su eficacia frente a los riesgos correspondientes.

Artículo 135.- La utilización y mantenimiento de los equipos de protección personal deberán efectuarse de acuerdo a las instrucciones del fabricante o suministrador.

- a) Salvo en casos particulares excepcionales, los equipos de protección personal sólo podrán utilizarse para los usos previstos.
- b) Las condiciones de utilización de un equipo de protección personal y en particular, su tiempo de uso, deberán determinarse teniendo en cuenta:
La gravedad del riesgo;

¹⁵Constitución Política de Nicaragua. Gaceta Diario Oficial No. 94 del 30 de abril del año 1987

¹⁶Nicaragua. Ministerio de Salud. Ley No 423. Ley General de Salud y su Reglamento. Capítulo I Arto. 7 Son competencias y atribuciones del Ministerio de Salud. Gaceta Diario Oficial No. 91 del 17 de mayo del año 2002.

¹⁷Nicaragua. Ley General de Higiene y Seguridad del Trabajo. Ley No. 618, Aprobada el 19 de Abril del 2007. Publicado en La Gaceta No. 133 del 13 de Julio del 2007

- El tiempo o frecuencia de la exposición al riesgo;
- Las condiciones del puesto de trabajo; y
- Las bondades del propio equipo, tomando en cuenta su vida útil y su fecha de vencimiento.

c) Los equipos de protección personal serán de uso exclusivo de los trabajadores asignados. Si las circunstancias exigen que un equipo sea de uso compartido, deberán tomarse las medidas necesarias para evitar que ello suponga un problema higiénico o sanitario para los diferentes usuarios.

Artículo 136.- Se entiende como ropa de trabajo, aquellas prendas de origen natural o sintético cuya función específica sea la de proteger de los agentes físicos, químicos y biológicos o de la suciedad (overol, gabachas sin bolsas, delantal, entre otros.)

Artículo 137.- La ropa de trabajo deberá ser seleccionada atendiendo a las necesidades y condiciones del puesto de trabajo.

Artículo 138.- Los Equipos de Protección Personal serán suministrados por el Empleador de manera gratuita a todos los trabajadores, este debe ser adecuado y brindar una protección eficiente de conformidad a lo dispuesto en la presente Ley.

Norma Ministerial de Higiene y Seguridad del Trabajo aplicada en la Prevención de los riesgos Biológicos, provocados por agentes biológicos con énfasis ante epidemia de VIH.

Del control de los riesgos en los lugares de trabajo¹⁸

Artículo 13. Dentro de las medidas específicas en el sector salud y trabajadores expuestos a riesgos biológicos, se deberán establecer procedimientos en los aspectos siguientes:

a) Aislamiento.

b) Transporte de pacientes infectados.

c) Precauciones para el contacto.

d) Limpieza, desinfección y esterilización del equipo médico.

e) Patología y manejo de cadáveres.

f) Otros.

Política Nacional de Salud. Lineamientos relacionados.¹⁹

- Atención de salud de calidad y medicina gratuita: Garantizar la gratuidad de la atención de salud a la población con trato humanizado y digno, disponiendo de medicamentos genéricos de calidad en redes de farmacias, públicas, privadas y comunitarias, para que estén accesibles a la población en general y logrando que se reduzca el precio de los medicamentos.
- Desarrollo integral de los Recursos Humanos del sector salud

¹⁸ Nicaragua. Ministerio del Trabajo. Norma ministerial de higiene y seguridad del trabajo aplicada en la prevención de los riesgos biológicos, provocados por agentes biológicos, con énfasis ante el VIH/Sida. 2005

¹⁹ Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. 2008

Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario (MOSAF).²⁰

- Los lineamientos del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria establecen la ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. El desafío actual es asegurar la calidad de las Prestaciones de Salud por ciclo de vida en la Red de Servicios de Salud.
- El componente de gestión del MOSAF, permite identificar quién y sobre qué recursos se toman decisiones para el cumplimiento de objetivos, este componente está integrado por un conjunto de procesos, procedimientos y actividades que se estructuran y funcionan de forma desconcentrada,

Plan Estratégico Nacional de la Promoción del Uso Racional de Medicamentos 2011-2013.²¹

- Impulsar el funcionamiento de los Comités de Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la optimización del uso de los antimicrobianos.
- Creación de enlace con el sistema de vigilancia de resistencia antimicrobiana.

Plan Plurianual de Salud 2011-2015: Constituyen un marco de referencia nacional para guiar el rumbo de las políticas macroeconómicas y sociales de gobierno.²²

Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016: Establece los lineamientos para que las personas defiendan sus derechos, defensa eficaz, igual para todo y regidas por las normas objetivas de la justicia; y la responsabilidad individual de los deberes que le corresponden.²³

²⁰ Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Marco Conceptual y Manual de Organización y Funcionamiento del Sector. MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MOSAF) Julio, 2008.

²¹ Nicaragua. Ministerio de Salud de Nicaragua. Plan Estratégico Nacional de Promoción del Uso Racional de Medicamentos, 2011.

²² Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Plurianual de Salud, 2011-2015

²³ Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Plan Nacional de Desarrollo Humano. 2012 - 2016. A seguir transformando Nicaragua. Noviembre, 2012

V. DEFINICIONES para la garantía de la vigilancia, prevención y control de las IAAS

1. **Agentes biológicos:** Microorganismos incluyendo los genéticamente modificados (resistencia a los antimicrobianos), cultivos celulares y parásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad. *Normativa – 079 Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la atención de personas con VIH – sida. 2011*
2. **Aislamiento:** Consiste en la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, en unidad es de aislamientos y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso. Si bien ello implica utilizar ambientes o habitaciones individuales deberá considerarse además la separación por cohorte. *Acosta S. Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. OMS/OPS. 2011*
3. **Antisépticos:** Solución química que inhibe el crecimiento de los microorganismos en tejidos vivos con la finalidad de reducir la flora normal o los microorganismos patógenos sin causar efectos lesivos importantes. Su uso reduce el riesgo de infección en la piel intacta, mucosas y en heridas abiertas disminuyendo la colonización de la zona. La actividad de los antisépticos puede inhibirse por la existencia de materias orgánicas como sangre o tejidos desvitalizados y determinadas soluciones antisépticas pueden contaminarse por medio del aire o por contacto directo. *Concepto ampliado de Servicio de Salud Madrileño, Dirección General de Atención del Paciente. Promoción de la Calidad Guía de Buenas Prácticas. Prevención y Control de Infección Nosocomial. Atención Hospitalaria. Madrid, España, 2008.*
4. **Áreas de bajo riesgo o no críticas:** Es el área donde se establece estadísticamente menos de un 20% de bacterias infecciosas. En el interior del establecimiento de salud, estas área comprenden los servicios de admisión, vestíbulos, escaleras, pasillos, despachos, oficinas administrativas, vestuarios, cafetería, archivos, capillas, talleres, salas de máquinas, almacenes, conserjería, ascensores, salones de actos y aulas, imprenta, locales de compresores y gases medicinales, zona de reproducciones. *Hernández Gálvez A., González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H., Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.*
5. **Áreas de medio riesgo o semicríticas:** Son aquellas que tienen más de un 20% de bacterias infecciosas y menos de un 60%. En general dentro de esta área se encuentran las habitaciones de internación, el laboratorio clínico y microbiológico, el banco de sangre, la unidad de radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear, la farmacia, la zona de consultas externas, así como las cocinas y comedores, la lavandería y secado de ropa y los cuartos de aseo. *Hernández Gálvez A., González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H., Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.*
6. **Áreas de alto riesgo o críticas:** Se encuentra el 60% y más de bacterias contagiosas, constituyéndose en áreas de gran riesgo de contagio para las personas. Estas áreas comprende la UCI (intermedio o salas de críticos), unidad de hemodiálisis, unidad de terapia de sustitución renal, unidad de hemato-oncología, cuarto de procedimientos, los quirófanos, la unidad de neonatos, y la central de equipo y esterilización entre otros. *Hernández Gálvez A., González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H., Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.*
7. **Asepsia:** Es el conjunto de procedimientos utilizados para evitar las infecciones de los tejidos en las intervenciones quirúrgicas (La ausencia de microorganismos patógenos). *Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008*

8. **Bioseguridad:** Es una doctrina de comportamiento encaminado a lograr actitudes y conductas que disminuyen el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos. *Normativa – 079 Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la atención de personas con VIH – sida. 2011*
9. **Brote:** Es el aumento inusual (incidencia) en el número de los casos relacionados epidemiológicamente de aparición súbita y localizada en un espacio y tiempo. *Normativa – 119. Manual de Vigilancia para la Salud Pública. 2013*
10. **Colonización:** La presencia de microorganismos en o sobre el huésped, con crecimiento y multiplicación, pero sin invasión a los tejidos o daño celular.
11. **Contacto de Infección Asociada a la Atención de Salud:** Es la persona, paciente o personal de salud, cuya asociación con uno o más casos de infección nosocomial, la sitúa en riesgo de contraer el o los agentes infectantes.
12. **Competencia Técnica:** Conocimiento, habilidad y destreza que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución de los problemas de salud de la población que demanda los servicios de salud. *European Centre for Disease Prevention and Control. Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union. Stockholm: ECDC; 2013.*
13. **Desechos Sólidos Hospitalarios Bioinfecciosos:** Son los que pueden contener agentes infecciosos, y se sub-dividen en tres tipos: infecciosos, patológicos, y corto punzantes. *Normativa – 079 Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la atención de personas con VIH – sida. 2011*
14. **Desinfectante:** Producto químico destinado a destruir, contrarrestar, neutralizar, impedir la acción o ejercer un control de otro tipo sobre cualquier organismo nocivo. Carecen de actividad selectiva ya que eliminan todo tipo de gérmenes. Su espectro de actuación, tiempo de inicio de activación, tiempo de actividad, efecto residual, toxicidad, capacidad de penetración y posibles materiales o circunstancias que los inactiven pueden variar de un producto a otro. *Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008*
15. **Estudio de brotes:** La investigación de un brote en curso es, en general, es un trabajo que demanda una actuación rápida y una respuesta correcta del equipo local de salud a fin de mitigar y suprimir oportunamente los efectos de tal brote sobre la población. Es la investigación epidemiológica de campo más frecuentemente aplicada y de mayor utilidad práctica entre los equipos locales de salud y constituye un excelente modelo de investigación comunitaria y de entrenamiento en los servicios clínicos. *Normativa – 119. Manual de Vigilancia para la Salud Pública. 2013*
16. **Equipo de Protección Personal (EPP):** Cualquier equipo destinado a ser utilizado por el trabajador para que lo proteja de uno o varios riesgos en el desempeño de sus labores, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin. En el sector salud el EPP está constituido por batas, guantes, mascarillas, protección facial (ej. máscaras y protección para los ojos, caretas o máscaras con visor acoplado), que deben ser utilizados por un trabajador de la salud u otro personal para proporcionar una barrera que evite la exposición a microorganismos infecciosos. *Nicaragua. Ley General de Higiene y Seguridad del Trabajo. Ley No. 618*
17. **Establecimiento Proveedor de Servicios de Salud (EPSS):** Son entidades públicas y privadas o mixtas que estando autorizadas por el Ministerio de Salud, tiene por objeto actividades dirigidas

a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población. *Ley 423. Ley General de Salud y su Reglamento.*

18. **Esterilización:** Proceso validado para mantener un producto libre de todas las formas viables de microorganismos, incluyendo esporas bacterianas. *Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008*
19. **Evaluación de Riesgos en la Organización:** La actividad periódica (cada 6 meses), mediante la cual una organización de salud identifica:
 - a) la probabilidad y las consecuencias de la exposición al daño (situaciones y actividades de alto riesgo) y
 - b) los medios probables de exposición al daño (directos e indirectos)
 - c) la probabilidad de exposición en todos los lugares de trabajo en un centro / oficina / entornos de práctica; determinando la naturaleza, el grado y la exposición de los trabajadores y luego
 - d) Establece pautas para mitigar los riesgos
 - e) evalúa los controles de ingeniería, administrativos y EPP disponibles que sean necesario para minimizar el riesgo de daño, incluyendo la implementación de la técnica adecuadamente. Evalúa la eficiencia de la contención.
20. **Factores de riesgo de infección asociada a la atención de salud:** Son condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de IAAS dentro de las que se encuentran el diagnóstico de ingreso, la enfermedad de base o enfermedades concomitantes del paciente, el área física, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el propio sistema de salud y sus niveles de resolución, políticas de operación, el paciente mismo, la presencia de microorganismos o sus toxinas, la falta de capacitación, disponibilidad del personal, de evaluación, garantizar los insumos, la estandarización de los procesos y la calidad de éstos.
21. **Gestión del Riesgo:** consiste en la identificación de aquellas situaciones, actividades y tareas profesionales en la que los trabajadores puedan correr un riesgo de exposición por agentes biológicos. *Norma Ministerial de Higiene y Seguridad del Trabajo aplicada en la Prevención de los riesgos Biológicos, provocados por agentes biológicos, con énfasis ante el VIH/Sida. 2005*
22. **Higiene de manos:** La antisepsia de las manos es un proceso para la eliminación o destrucción de microorganismos residentes y transitorios en las manos con un agente antiséptico, ya sea frotando las manos con desinfectante para manos (a base de alcohol al 70 % + glicerina), o lavarse las manos con un jabón antiséptico, agua limpia y papel toalla. *Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008*
23. **Infecciones emergentes:** Es una infección transmisible cuya incidencia en humanos se ha incrementado en los últimos 25 años o que amenaza incrementarse en el futuro cercano, por ejemplo las infecciones por microorganismos Multidrogo-Resistentes (MDR). *Normativa – 119. Manual de Vigilancia para la Salud Pública. 2013*
24. **Infección:** Los microorganismos se multiplican dentro del cuerpo y provocan una respuesta de las defensas inmunitarias del huésped. La infección puede o no conducir a enfermedad clínica.
25. **Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS):** Una infección que tiene lugar en un paciente durante su atención en un establecimiento de salud (centro de salud u hospital), que no presente o no se estaba incubando al momento de la admisión. Incluye las infecciones adquiridas en el lugar de la atención sanitaria que se presenta luego del alta y las infecciones ocupacionales

entre los trabajadores del establecimiento de salud. *Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. 2a edición. WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12*

26. **Jerarquía de controles** Existen tres niveles en la prevención y control de infecciones y control en salud ocupacional para prevenir enfermedades y lesiones en el lugar de trabajo: los controles de ingeniería, controles administrativos y Equipos de Protección Personal (EPP).
27. **Limpieza:** La remoción física de material extraño de los objetos, por ejemplo, polvo, tierra, material orgánico tales como sangre, secreciones, excreciones y microorganismos. La limpieza elimina físicamente (en lugar de matar) a los microorganismos. Esto se logra mediante el uso de agua, detergente y desinfectante en conjunción con la acción mecánica. *Normativa - 003. Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. 2008*
28. **Materiales críticos:** Instrumentos o dispositivos que se introducen directamente en el torrente sanguíneo o en otras áreas del organismo normalmente estériles. Los materiales críticos siempre se deben usar estériles, esto implica limpieza meticulosa, desinfección y posterior esterilización. Ejemplo. Instrumental quirúrgico, de curación, catéteres urinarios o vasculares, agujas, prótesis o implantes. *Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la atención de personas con VIH –sida. 2011*
29. **Materiales semicríticos:** Corresponden a artículos que entran en contacto con piel no intacta o con membranas mucosas. Estos artículos, deben estar libres de microorganismos y de preferencia deben ser estériles. En caso que la esterilización no sea posible deben ser sometidos, al menos, a desinfección de alto nivel. Ejemplos de artículos en esta categoría son Equipo de terapia ventilatoria, circuitos de las máquinas de anestesia, endoscopios, cánulas endotraqueales, espéculos vaginales de metal. *Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la atención de personas con VIH –sida. 2011*
30. **Materiales no críticos:** Los artículos con bajo riesgo de infección que solo tienen contacto con la piel sana, pero no las membranas mucosas. Estos materiales deben limpiarse con un detergente apropiado y agua, en algunos casos es recomendable someterlos a una desinfección de bajo nivel. Ejemplo: Equipo de rayos X, esfigmomanómetros (brazalete), vajilla, muebles, ropas de cama, batas y superficies ambientales. *Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la atención de personas con VIH –sida. 2011*
31. **Medicina Basada en Evidencia:** es la utilización consciente, explícita y la previa evaluación de la mejor certeza científica, para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de las personas. *Normativa – 070. Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud. 2011*
32. **Notificación de IAAS:** Es la detección o captación de caso de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
33. **Prácticas de rutina para prevención y control de IAAS:** Son medidas diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos infecciosos entre las personas que reciben y brindan atención ambulatoria y hospitalizada, sin importar su diagnóstico o su presumible estado infeccioso. Estas medidas incluyen: 1. lavado de manos; 2. Uso de guantes; 3. Uso de mascarilla, protector ocular, protector facial; 4. Uso de batas; 5. Manejo del equipo del paciente; 6. Manejo de la ropa; 7. Manejo de materiales cortos punzantes; 8. Manejo de los desechos sólidos; 9. Higiene respiratoria y 10. Prácticas y ambientes seguros para preparación de medicamentos. Estas deben ser implementadas en TODOS los pacientes en TODO momento y en TODOS los EPSS y están

determinadas por las características del paciente, el medio ambiente y la tarea a realizar. Acosta S. *Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria*. OMS/OPS. 2011

34. **Paquete de cuidados:** Instrumentos de ámbito multidisciplinario que contribuyen a la mejora en la seguridad del paciente, puesto que son un método sistemático de mejora y medición de los procesos clínicos. *J Hosp Infect. 2007; 65 Suppl 2: 3-9*
35. **Precauciones para la transmisión por aire:** En adición a las precauciones estándar, usar precauciones para la transmisión por aire en pacientes conocidos o sospechosos de estar infectados con microorganismos transmitidos por medio de pequeños núcleos de gotas (de 5 micras o menos), conteniendo microorganismos, que permanecen suspendidos en el aire y pueden ser ampliamente diseminados por corrientes del mismo dentro del cuarto o a larga distancia. Las precauciones transmitidas por aire implican: 1. Ubicación del paciente; 2. Protección respiratoria; 3. Transporte del paciente. Acosta S. *Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria*. OMS/OPS. 2011
36. **Precauciones para la transmisión por gotas:** En adición a las precauciones estándar, usar precauciones para la transmisión por gotas en pacientes conocidos o sospechosos de estar infectados con microorganismos transmitidos por gotas (partículas mayores de 5 micras), que pueden ser generados por el paciente al toser, estornudar, hablar o al realizarle un procedimiento. Las precauciones transmitidas por gotas implican: 1. Ubicación del paciente; 2. Protección respiratoria; 3. Transporte del paciente. Acosta S. *Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria*. OMS/OPS.2011
37. **Precauciones para la transmisión por contacto:** En adición a las precauciones estándar, usar precauciones para la transmisión por contacto para pacientes conocidos o sospechosos de estar colonizados o infectados con microorganismos epidemiológicamente importantes que pueden ser transmitidos por contacto directo con el paciente (por medio de las manos o contacto piel a piel, que requiera tocar la piel seca del paciente) o por contacto indirecto tocando las superficies del medio ambiente o los objetos contaminados. Las precauciones transmitidas por contacto implican: 1. Ubicación del paciente; 2. Uso de guantes y lavado de manos; 3. Batas. Acosta S. *OMS/OPS Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria*. 2011
38. **Prevención de IAAS:** Actuar para que un problema no aparezca o al menos para que disminuyan sus efectos; igualmente connota: preparación organización, aviso, perspectiva, disponer con anticipación, prevenir. Implica: investigación, conocimiento de la realidad, reflexión, planificación, precaución, evaluación, trabajo en equipo, visión de conjunto, enriquecimiento de nuestros conocimientos, redimensionamiento o cambio de dirección, iniciativa, creatividad.
39. **Programa de Prevención y Control de IAAS (PPCI):** Es la programación ordenada de las acciones destinadas a controlar y prevenir los riesgos de infección asociadas a la atención de salud en los pacientes, personal de salud, visitantes y otras personas asociadas al establecimiento de salud. OMS. *Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones. Concepto ampliado de Informe de la Segunda Reunión de la Red Oficiosa de Prevención y Control de Infecciones en la Atención Sanitaria, 2008. Core components for infection prevention and control programmes Assessment tools for IPC programmes WHO/HSE/GAR/BDP/2011*
40. **Punto de atención del paciente:** Se refiere al lugar donde un paciente recibe atención médica por un trabajador de la salud u otro personal. Esta incorpora tres elementos que interactúan al mismo tiempo: el paciente, el profesional de salud y la atención o tratamiento que implica contacto con el paciente y entorno (zona del paciente), esta interacción podría resultar en la transmisión de un agente infeccioso.

41. **Evaluación de Riesgos de Atención al Paciente:** Es una actividad por la cual un trabajador de la salud en la continuidad de la atención de cualquier entorno sanitario:
1. Evalúa la probabilidad de exposición a un agente infeccioso
 - a) para una interacción específica (por ejemplo, procedimiento)
 - b) con un paciente específico (por ejemplo, tipo de contacto)
 - c) en un ambiente específico (por ejemplo, área de alto riesgo)
 - d) En determinadas condiciones (por ejemplo, no existe un lavamanos en el área)
 2. Escoge las acciones apropiadas y Equipo de Protección Personal, necesarias para minimizar el riesgo de exposición para el paciente específico, otros pacientes en el entorno, el trabajador de la salud, el resto del personal, visitantes, contratistas, entre otros.
42. **Resistencia Antimicrobiana:** Es el resultado inevitable del uso de antibióticos, debido al principio de "sobrevivencia del más apto". Los antibióticos erradican a las bacterias susceptibles, pero no a los microorganismos resistentes (patógeno o flora comensal), los que sobreviven y se propagan. Concepto ampliado de Resistencia a los antimicrobianos. Proyecto de plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos⁶⁸.^a Asamblea Mundial de la Salud Informe de la Secretaría, Marzo, 2015
- a) **Multidrogo-Resistente (MDR):** Microorganismos no susceptibles, por lo menos a un agente de tres o más categorías de antimicrobianos.
 - b) **Extensamente drogo-Resistente (EDR):** Microorganismos no susceptibles, por lo menos a un agente en todas las categorías, pero susceptible en dos o menos categorías de antimicrobianos (por ejemplo, bacterias aisladas permanecen susceptible únicamente a uno o dos categorías)
 - c) **Pandrogo-Resistente (PDR):** Microorganismos no susceptibles, a todos los agentes en todas las categorías antimicrobianas (por ejemplo, ningún agente testeado es susceptible para el microorganismo) Magiorakos A, Srinivasan A, Carey R. et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definition for acquired resistance. Clin Microbiol Infect. 2012; 18:268-281.
43. **Riesgos Profesionales:** Es la probabilidad de sufrir daño relacionado con el trabajo al que se enfrentan los trabajadores de la salud.
44. **Ventilación natural:** El uso de las fuerzas naturales para introducir y distribuir el aire libre en un edificio. Estas fuerzas naturales pueden ser la presión del viento o la presión generada por la diferencia de densidad entre el aire interior y exterior.
45. **Vigilancia de IAAS:** La vigilancia consiste en recoger, procesar, analizar, interpretar, presentar y difundir de manera sistemática y continua los datos sanitarios, incluidos los estudios epidemiológicos relativos a las categorías de enfermedades transmisibles, en particular los relativos a la forma de propagación temporal y espacial de estas enfermedades y el análisis de los factores de riesgo de contraerlas, con objeto de poder tomar las medidas de prevención y lucha persistentes. *Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud. Módulo III – Información para gerentes y directivos. Washington DC OPS 2011*

VI. DEFINICIÓN DE LA NORMA

La Norma para la Garantía de la vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, establece las disposiciones generales y específicas orientadas a organizar el Programa de Prevención y Control de infecciones Asociadas a la Atención de Salud a nivel nacional con la participación de las direcciones y divisiones del ente rector en salud, así como la implementación de estas disposiciones por los gerentes de cada nivel del sistema de salud: Nivel Central, SILAIS, Hospitalario y Primer Nivel incluyendo el comunitario con el propósito de garantizar los recursos humanos, tecnológicos y financieros a fin de contribuir a la calidad de la atención en salud brindados a la población y trabajadores de la salud.

VII. OBJETO DE LA NORMA

Establecer las pautas generales para la implementación de un Programa de Prevención y Control de IAAS que contribuya a la calidad de atención en la provisión de servicios de salud.

VIII. CAMPO DE APLICACIÓN

El cumplimiento de esta norma es responsabilidad de los directivos del MINSA Central, SILAIS, EPSS y debe ser aplicada por el personal que labora en todos los establecimientos de salud públicos y privados para la garantía de la prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención de salud sin perjuicio de lo que establezca otra normativa específica que en cada caso resulte aplicable.

IX. UNIVERSO DE LA NORMA

Se beneficiara a todos los pacientes con o sin complicaciones infecciosas, profesionales del sector salud, visitantes, cuidadores y personas asociadas al establecimiento proveedor de servicio de salud público y privado.

X. ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD PARA LA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS IAAS

Dimensión de la Calidad	Estándar	Indicadores	Construcción del Indicador	Umbral
Competencia Técnica básica	Personal sanitario sistema de salud, capacitado sobre la Norma de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS	<p>% de personal de las áreas técnicas del nivel central capacitados en La Norma para la Garantía de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS</p> <p>% de personal técnico del nivel SILAIS capacitados en La Norma para la Garantía de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS</p> <p>% de personal técnico del nivel hospitalario capacitados en La Norma para la Garantía de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS</p> <p>% de personal técnico del primer nivel de atención capacitados en La Norma para la Garantía de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS</p>	<p>No. RRHH Técnicos del nivel central capacitados en La Norma x 100</p> <p>No. RRHH Técnicos del nivel central</p> <p>No. RRHH Técnicos del nivel SILAIS capacitados en La Norma x 100</p> <p>No. RRHH Técnicos del nivel SILAIS</p> <p>No. RRHH Técnicos del Hospital capacitados en La Norma x 100</p> <p>No. RRHH Técnicos del hospital</p> <p>No. RRHH Técnicos del PNA capacitados en La Norma x 100</p> <p>No. RRHH Técnicos del primer nivel de atención (PNA)</p>	100%
Continuidad	Recursos en salud implementando la Norma de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS	<p>% áreas técnicas del nivel central implementando La Norma para la Garantía de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS</p> <p>% áreas técnicas del nivel SILAIS implementando La Norma para la Garantía de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS</p> <p>% de áreas técnicas del nivel hospitalario implementando La Norma para la Garantía de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS</p> <p>% de áreas técnicas del primer nivel de atención implementando La Norma para la Garantía de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS</p>	<p>No. de Áreas Técnicas del nivel central que implementan La Norma x 100</p> <p>No. de Áreas Técnicas del nivel central</p> <p>No. de áreas técnicas del nivel SILAIS que implementan La Norma x 100</p> <p>No. de áreas técnicas del nivel SILAIS</p> <p>No. de Áreas Técnicas del Hospital que implementan La Norma x 100</p> <p>No. de Áreas Técnicas del hospital</p> <p>No. de Áreas Técnicas del PNA que implementan La Norma x 100</p> <p>No. de Áreas Técnicas del PNA</p>	100%

Nota: En una primera fase, se evaluará el conocimiento e implementación de la norma por los profesionales de la salud.

ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD PARA LA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS IAAS
(continuación)

Dimensión de la Calidad	Estándar	Indicador	Umbral *
Competencia técnica avanzada	Recursos en salud con entrenamiento especializado en detección, control y prevención de infecciones asociadas a la atención de salud	% de EPSS con comités de prevención y control de infecciones estructurado y funcionando.	100 %
Oportunidad, acceso y rapidez	Los trabajadores de la salud poseen las facilidades para la higiene de manos.	% de EPSS con instalaciones para la higiene de manos en los puntos de atención médica.	100 %
Eficacia	Los trabajadores de la salud con entrenamiento básico en detección, control y prevención de infecciones asociadas a la atención de salud	% de EPSS que cumplen con las precauciones estándares, adicionales y de aislamiento	100 %
Eficiencia	Uso racional de los antimicrobianos en procesos infecciosos protocolizados.	% de consumo de antimicrobianos y resistencia antimicrobiana en los EPSS	100 %
Continuidad	Recursos en salud capacitados y entrenados en gestión de riesgos	% de brotes identificados en EPSS y tasa de infecciones intrahospitalarias	100 %
Relaciones interpersonales	Implementación de medidas para proteger a trabajadores de la salud, pacientes y población contra riesgos biológicos.	% de trabajadores de la salud entrenados y capacitados en normas de bioseguridad	100 %
Seguridad	Los trabajadores de la salud brindan atención médica segura y de calidad.	% de EPSS con reducción en las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	100 %
Comodidades (satisfacción del usuario)	Los trabajadores de la salud mantienen limpio y desinfectados los ambientes.	% de EPSS que cumplen los principios básicos de limpieza y desinfección de superficies	100 %

* El cumplimiento de los estándares e indicadores permitirá medir el nivel de calidad de la información recolectada para mejorar la efectividad de cada uno de los componentes de la prevención, vigilancia y control de infecciones. El análisis del cumplimiento se analizará considerando las facilidades estructurales y capacitación del personal de salud en control de infecciones.

Disposiciones Generales.

Organización MINSA Central, SILAIS y Hospitales

XI. DISPOSICIONES GENERALES:

ORGANIZACIÓN EN MINSA CENTRAL

1. Las disposiciones contempladas en esta norma son de carácter obligatorio y estricto cumplimiento para el Sistema de Salud.
2. El Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud le corresponde formular políticas, planes, programas y proyectos dirigidos a fortalecer la prevención, vigilancia y control de las IAAS en todos los Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud.
3. El Ministerio de Salud debe organizar en todos los niveles del sistema de salud el Programa de Prevención y Control de IAAS (PPCI), a fin de lograr la reducción y control de las IAAS y su consecuente impacto social, político y económico en el país:
 - a) **En el MINSA Central** deberá organizar y capacitar a un comité nacional de vigilancia, prevención y control de IAAS, el cual estará conformado por un representante de enfermería, docencia, laboratorio de bacteriología, vigilancia de la salud pública, servicios de salud, infraestructura, insumos médicos y la dirección administrativa financiera y expertos en control de infecciones con el propósito de desarrollar la planificación, ejecución y monitoreo de intervenciones estratégicas.
 - b) **En el SILAIS** deberá organizar y capacitar a un comité de vigilancia, prevención y control de la IAAS estructurado por enfermería, docencia, laboratorio de bacteriología, vigilancia de la salud pública, servicios de salud, infraestructura, insumos médicos y la dirección administrativa financiera y expertos en control de infecciones para el acompañamiento técnico, monitoreo a la red de servicios de salud y garantizar la buena conducción del PPCI.
 - c) **En el Hospital** se deberá organizar y capacitar a los miembros del PPCI que se requieran según esta Norma y todas las normas, guías, manuales y protocolos que de esta se deriven para garantizar la efectividad del mismo.
 - d) **En el Primer Nivel de Atención** se deberá organizar y capacitar a los miembros del PPCI según los miembros que se requiera.
4. El Programa de Prevención y Control de IAAS es un conjunto de procesos, procedimientos, tecnología e interacciones humanas, lógicas y ordenadas dispuestos para la prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención de salud en los establecimientos proveedores de servicios de salud.
5. El Programa de Prevención y Control de IAAS se regirá por la presente Norma y las normas, guías, manuales y protocolos que de esta se deriven.
6. El Programa de Prevención y Control de IAAS debe anualmente definir los objetivos, metas por componentes, disponibilidad de recursos técnicos y financieros, estructura propia y un cuerpo normativo (reglamento del PPCI Central, SILAIS y EPSS)
7. El Programa de Prevención y Control de IAAS tiene aplicación desde las diferentes áreas técnicas del nivel central (direcciones y divisiones), SILAIS, hospitales y primer nivel de atención.

8. Las direcciones y divisiones generales del ministerio de salud del nivel central son las responsables de elaborar, adecuar y actualizar normas, manuales, protocolos y guías que rigen al Programa de Prevención y Control de Infecciones según su área de competencia técnica.
9. El Programa de Prevención y Control de IAAS del nivel central debe establecer las políticas de control de infecciones a nivel nacional.
10. El Programa de Prevención y Control de IAAS según el nivel de competencia debe identificar y priorizar los riesgos de infección y desarrollar estrategias para reducirlos.
11. El Programa de Prevención y Control de IAAS debe de contar con los siguientes componentes básicos:
 - a) Organización de programas
 - b) Guías técnicas
 - c) Recursos humanos
 - d) Vigilancia de las infecciones y de los procedimientos
 - e) Laboratorio de microbiología
 - f) Higiene ambiental
 - g) Evaluación de programas
 - h) Comunicación de los servicios de salud públicos y privados u otros organismos
 - i) Financiación
12. La División General de Docencia e Investigación en coordinación con la Dirección General de Servicios de Salud, Dirección General de Vigilancia para la Salud, Dirección General de Insumos Médicos y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia con el apoyo de expertos en control de infecciones nacionales y/o internacionales serán los responsables del desarrollo del contenido temático para la capacitación y entrenamiento de los profesionales de la salud y miembros de los comités de prevención y control de infecciones.
13. La División General de Insumos Médicos en coordinación con la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública, Dirección General de Servicios de Salud y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia con el apoyo de expertos clínicos y de laboratorio en resistencia antimicrobiana serán los responsables del reordenamiento, revisión y evaluación del cumplimiento de los protocolos de antibióticos por patología infecciosa según el mapa microbiano predominante, especialmente en la selección de antimicrobianos críticos para microorganismos resistentes según lo establecido en Normativa- 088. Norma y Manual de Procedimientos para el Uso Racional de Insumos Médicos.
14. La División General de Insumos Médicos en coordinación con la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública, Dirección General de Servicios de Salud y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia con el apoyo de expertos clínicos y de laboratorio en resistencia antimicrobiana serán los responsables de coordinar y ejecutar investigaciones operativas para evaluar la resistencia antimicrobiana, los costos de antimicrobianos, tasas de mortalidad y sus consecuencias (en términos de hospitalizaciones prolongadas, cuidados especiales, pruebas diagnósticas adicionales y uso de antibióticos de alto costo) y cuantificar el impacto económico, laboral para el paciente y/o la familia y para el sistema de salud.

15. La Dirección General de Servicios de Salud en coordinación con la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia con el apoyo de expertos en control de infecciones serán los responsables de la elaboración, adecuación y actualización del Manual de control de infecciones que incluya la vigilancia epidemiológica, los protocolos de prevención y manejo de IAAS. Además, una guía con líneas de investigación.
16. La Dirección General de Servicios de Salud en coordinación con la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia con el apoyo de expertos en control de infecciones serán los responsables de conducir investigaciones operativas para identificar los factores de riesgo asociados con la adquisición de las IAAS (enfermedad de base, intervención médica o quirúrgica, estancia en hospital, dispositivos invasivos, entre otros). Así, como evaluar las implicaciones de las IAAS en términos de morbilidad, mortalidad y determinar el costo de las IAAS para el sistema de salud.
17. La Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública con el apoyo de expertos en control de infecciones es la responsable de la creación y administración del sub-sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS como parte del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), en colaboración con los EPSS públicos y privados.
18. La Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública con el apoyo del coordinador y/o enfermera del control de infecciones de los EPSS, definirá el tipo de IAAS que serán vigiladas.
19. De conformidad con los niveles técnico – administrativos del sistema de salud, la operación del sub-sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS se lleva a cabo por medio de la ruta que siguen los datos desde su generación, articulándolos con los diferentes niveles de notificación y análisis, desde los establecimientos de salud, a los niveles municipales, de SILAIS y Nacional, y su retroalimentación a los mismos conforme la normativa – 119 Manual de Vigilancia para la Salud Pública, 2013.
20. La Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia con el apoyo de expertos en control de infecciones serán los responsables de la creación y administración del sub-sistema de vigilancia de microorganismos resistentes a los antimicrobianos en colaboración con todos los laboratorios de bacteriología de la red de vigilancia de la resistencia antimicrobiana públicos y privados.
21. El Programa de Prevención y Control de IAAS a nivel central del MINSA, será la responsable de la capacitación y/o asesoría técnica en control de brotes de infecciones y bioseguridad.
22. El Programa de Prevención y Control de IAAS a nivel central del MINSA con apoyo de expertos en control de infecciones participaran en los comités de compra de los materiales utilizados para el control de infecciones (jabón antiséptico, papel toalla, alcohol gel, clorhexidina, cloro, detergente enzimático, glutaraldehído, orto-talaldehído) con la finalidad de garantizar el suministro oportuno y de calidad de insumos esenciales para la higiene.
23. El Ministerio de Salud desde el nivel central, establecerá las vías y mecanismos de comunicación y coordinación entre los tres niveles de actuación de los Comités de Prevención de Infecciones para la diseminación y transparencia de información sobre las decisiones, acuerdos y recomendaciones.
24. El Ministerio de Salud debe coordinar con las unidades formadoras de recursos humanos en salud la formación en control de infecciones por medio de la curricula o cursos extracurriculares.

25. El Ministerio de Salud debe desde el nivel central apoyados por expertos en control de infecciones, definirá los instrumentos y herramientas técnicas para el monitoreo, supervisión y evaluación de acuerdo a los diferentes niveles de resolución de atención para reducir las IAAS.

ORGANIZACIÓN EN SILAIS

26. **Del Director del SILAIS en coordinación con el Gerente del Establecimiento Proveedor de Servicios de Salud**, deberá garantizar recursos suficientes del presupuesto anual destinado para la higiene de manos en todas las salas y departamentos de forma permanente.
27. El Director del EPSS garantiza la participación de los administradores en la elaboración de los planes de trabajo anuales para asegurar la ejecución de las prácticas de prevención, vigilancia y control de las IAAS.
28. Los administradores en los EPSS son los responsables de garantizar los recursos para la capacitación permanente de todo el personal en métodos de prevención de infecciones intrahospitalarias; técnicas de desinfección y esterilización; higiene de manos; higiene de los establecimientos de salud por personal calificado; salud ocupacional y bioseguridad y otros temas relacionados.
29. El Director del SILAIS y el Gerente del EPSS deben asegurar la conformación de los comités de prevención y control de infecciones con personal calificado y que cuenten con las siguientes cualidades: liderazgo, capacidad de comunicación, empoderamiento, trabajo en equipo, propositivo, aprendizaje continuo, delegación de autoridad y contribución al cambio de cultura para la prevención y control de infecciones.
30. El Director del SILAIS y el Gerente del EPSS apoyaran el cumplimiento de las tareas de los miembros del comité de prevención y control de infecciones mediante la asignación de tiempo correspondiente de acuerdo a sus funciones.
31. El Director del SILAIS y el Gerente del EPSS observarán rigurosamente la conducta ética de los miembros del comité de prevención y control de infecciones, de manera que aseguren la transparencia en los procedimientos y decisiones, evitando conflicto de intereses con los distribuidores e influencia de la industria de soluciones antisépticas, desinfectantes, reactivos de laboratorios y biológicas y dispositivos médicos

ORGANIZACIÓN EN HOSPITALES

32. **El Director o Gerente General del EPSS (presidente del Comité de Evaluación de la Calidad)**, por medio del coordinador del Comité de Infecciones (CI), y en colaboración con el Comité de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM) son los responsables del establecimiento de una comisión para el uso apropiado de los antimicrobianos en los EPSS.
33. El Director o Gerente del EPSS debe garantizar el cumplimiento de las normativas de ambiente seguro y limpio y asegurando el abastecimiento continuo y seguro de los productos para la higiene y desinfección del ambiente, especialmente de la ruta crítica (sala de operaciones, cuidados intensivos, emergencias, salas de parto y neonatología) en hospitales y servicios ambulatorios (curación, nebulización, unidad de rehidratación oral, laboratorio clínico) en los centros de salud.

34. El Director en coordinación con los administradores de los EPSS debe asegurar la disponibilidad de agua de beber de calidad y alimentos seguros según lo establecido en la normativa correspondiente.
35. El Director o Gerente del EPSS debe garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad de la esterilización de los materiales de alto riesgo de infecciones (críticos); la desinfección de alto nivel de los materiales de riesgo intermedio (semicríticos) y la desinfección de bajo nivel de los materiales de bajo riesgo de infecciones (no críticos).
36. El Director o Gerente del EPSS debe facilitar a los miembros del Comité de Infecciones, la información generada por el Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (sub-sistema de vigilancia de IAAS, sub-sistema de vigilancia de la resistencia antimicrobiana) u otro tipo de datos relacionados con la prevención y control de infecciones.
37. El Director o Gerente del EPSS debe apoyar al Comité de Infecciones en la coordinación de trabajo con los jefes de los servicios médico-quirúrgicos y de apoyo clínico con el objetivo de monitorear, supervisar y evaluar las normas, disposiciones y procedimientos para la vigilancia de las prácticas de prevención y control de infecciones.
38. El Director o Gerente del establecimiento proveedores de servicios de salud coordina y autoriza la asistencia técnica externa de especialistas en control y prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.

Disposiciones Especificas.

Organización del Programa de Prevención y Control de IAAS.

XII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

A. ORGANIZACIÓN

Nivel EPSS

39. El director del establecimiento deberá garantizar la organización y recursos necesarios para el funcionamiento del Programa de Prevención y Control de IAAS (PPCI), según lo dispuesto en el Manual de Organización y Funciones correspondiente. El Equipo de Prevención y Control de IAAS (EPCI) deben tener tiempo asignado que garantice la ejecución del PPCI. De igual manera los miembros del Comité de Infecciones (CI), deben organizar el tiempo para el cumplimiento de sus responsabilidades.
40. El PPCI en el establecimiento de salud debe de identificar, priorizar riesgos de infección y desarrollar estrategias para reducirlos y debe de contar con los siguientes componentes:
- a) Sistema de Vigilancia de IAAS
 - b) El Control de infecciones en el personal de salud
 - c) La normalización de procedimientos destinados a asistir al paciente y personal de salud
 - d) La educación al personal, pacientes, familiares y visitantes.

41. El PPCI debe de contar con al menos dos estructuras organizativas:

- a) El Comité de Infecciones (CI): forma parte del comité de evaluación de la calidad, está dispuesto como órgano asesor de la dirección de los EPSS; está a cargo del PCI y su competencia abarca todo lo que tiene que ver con la prevención, vigilancia y control de las IAAS que puedan transmitirse a los pacientes (antes, durante y después del proceso de atención médica), personal de salud y visitantes para obtener el mayor beneficio y satisfacción de las personas, al menor costo y riesgo de complicaciones infecciosas.
- b) El Equipo de Prevención y Control de IAAS (EPCI): trabaja diariamente y de forma exclusiva a la prevención y control de la IAAS; estos recursos deben de tener formación específica en control de infecciones y equipamiento tecnológico en informática y comunicación para la actualización en los temas de control de infecciones.

42. Estructura organizativa del Comité de Infecciones:

- a) Su constitución se establece en la Ley General de Salud, su organización y funcionalidad dependerá de las características propias de cada establecimiento de salud. Es la forma organizativa a cargo del programa de control de IAAS. Su competencia abarca todo lo relacionado con la prevención y control de las IAAS que pueden transmitirse en la atención de los pacientes, el personal de salud, cuidadores, visitantes. El enfoque de este comité debe de ser multidisciplinario sus integrantes deben de estar capacitados en prevención, vigilancia y control de IAAS.

- b) El Director del EPSS realiza el nombramiento de los miembros del comité de infecciones, los cuales dependerán de la sub-dirección médica del establecimiento de salud.
- c) El CI garantiza la implementación de las políticas de prevención y control de infecciones vigentes, así como el seguimiento y evaluación de las resoluciones aprobadas en cada una de las áreas o servicios del EPSS.
- d) El Comité de Infecciones está integrado por:
 - Coordinador (a), especialista en Control de Infecciones
 - Secretario (a), capacitado en Control de Infecciones
 - Responsable de epidemiólogo (a)
 - Jefe o representante de Dptos. y servicios clínicos, incluyendo áreas de alto riesgo(criticas)
 - Administrador o servicios generales
 - Responsable de laboratorio de microbiología
 - Jefe/a de Enfermería
 - Responsable de Insumos Médicos

Otros delegados según tema a discutir

- Responsable de Docencia
- Responsable de higiene y seguridad ocupacional
- Delegado de registros médicos
- Representante sindical
- Representante de mantenimiento
- Representante de central de equipo y esterilización
- Representante de nutrición y dieta

43. Actividades del Comité de infecciones:

- a) Elabora y adecua el plan de trabajo anual.
- b) Organiza y dirige al EPCI.
- c) Identifica, analiza y cuantifica la magnitud de las IAAS
- d) Sistematiza el resultados de los indicadores definidos para las IAAS sujetas a vigilancia
- e) Elabora informes mensuales evaluativos de proceso, resultados e impacto de las medidas de prevención y control de infecciones realizadas por servicios o área clínica de bajo y alto riesgo para IAAS
- f) Elabora reporte de incumplimiento de normativas vinculadas con la prevención y control de infecciones y sus recomendaciones específicas de acuerdo a los hallazgos
- g) Estimula la elaboración y promueve la divulgación de los estudios epidemiológicos, incluyendo los estudios de brotes.
- h) Promueve la actualización de guías de procedimientos en los EPSS.
- i) Establece las recomendaciones para mejorar la vigilancia de las prácticas de prevención y control de infecciones.

- j) Monitoreo del cumplimiento de las normas, manuales, guías y protocolos que se relacionen con la vigilancia, prevención y control de IAAS.
 - k) Coordinar la implementación de las buenas prácticas de toma muestra, transporte y procesamiento de las muestras microbiológicas establecidas por el laboratorio de bacteriología.
 - l) Analiza los resultados de estudios microbiológicos y revisa las historias clínicas de pacientes infectados con bacterias patógenas multidrogo-resistentes.
 - m) Participa en sesiones de análisis de defunciones por sepsis o choque séptico por IAAS, en el transcurso de las primeras 48 horas posteriores al deceso en conjunto con el comité de análisis de fallecidos.
44. El comité de infecciones tendrá la colaboración de la comisión de uso racional de antimicrobianos y del comité de uso racional de insumos médicos cuando sea requerido.
45. **De la comisión de uso racional de antimicrobianos:** Deben estar constituidos en todos los EPSS y deben ser multidisciplinario con un número de miembros reducido, coordinado por infectólogo o clínico experto en enfermedades infecciosas, y conformado por un farmacéutico clínico y un microbiólogo.
46. La comisión para el uso racional de antimicrobianos debe alcanzar los siguientes objetivos:
- a) Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones complicadas
 - b) Minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos
 - c) Controlar el uso de antibióticos de amplio espectro para reducir la aparición y diseminación de resistencias
 - d) Garantizar la utilización de tratamientos costo – eficaces y disponibles en mercado local.
47. Son funciones de la comisión de uso racional de antimicrobianos, las siguientes:
- a) Diseño del plan de trabajo para optimizar el uso de antimicrobianos adecuado a la situación organizacional, recursos técnicos y humanos disponibles.
 - b) Gestión de la aprobación del plan de trabajo por la Dirección del EPSS para la búsqueda de los recursos necesarios que soporten las actividades de la comisión para la optimización del uso de antimicrobianos.
 - c) Divulgación del plan de trabajo a todos los profesionales del EPSS mediante mensajes claves (problema, causas, consecuencias, soluciones) en sesiones de educación permanente.
 - d) Seguimiento y evaluación del plan de trabajo por medio de reuniones formales de periodicidad de acuerdo a la necesidad del establecimiento de salud, que debe quedar documentado y debe ser comunicado al CI, CURIM y a Sub-Dirección Médica.

48. Del comité de infecciones y el Comité de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM): Deben realizar trabajo coordinado para apoyar la toma de decisiones del gerente del establecimiento de salud.

49. El Comité de Infecciones y el CURIM

- a) Son los responsables de la selección, programación, distribución y monitoreo de la calidad de los insumos médicos dispuestos para garantizar las actividades de prevención y control de infecciones en el establecimiento de salud.
- b) Coordinan en conjunto la capacitación a los prescriptores en la gestión del uso racional de antimicrobianos críticos en los casos en que el diagnóstico microbiológico y las PSA hayan demostrado que no son eficaces a ningún otro tipo de agente antimicrobiano.
- c) Coordinan en conjunto el entrenamiento a los prescriptores en la gestión del uso racional de antimicrobianos limitados al uso profiláctico en casos clínicos definidos.
- d) Identifican e impulsan en conjunto medidas alternativas y complementarias de prevención y tratamiento de las infecciones bacterianas.
- e) Trabajan en coordinación con el laboratorio de microbiología para establecer la revisión sistematizada y permanente de los cultivos realizados y establecer su vínculo con los hallazgos clínicos, a través de la asesoría por el personal de laboratorio en los casos que así se requiera.

50. Estructura organizativa del Equipo de Prevención y Control de IAAS (EPCI)

- a) El EPCI es el órgano operativo del comité de control de infecciones en él trabaja diario y se dedica íntegramente a la prevención y control de IAAS.
- b) Los miembros del EPCI deben tener competencia en epidemiología clínica, incluyendo aspectos clínicos, microbiológicos y prevención y control de IAAS.
- c) Los profesionales del EPCI emprenden las acciones de identificación y control de infecciones en el EPSS, para lo cual deberán establecer trabajo en conjunto con los coordinadores de higiene de manos, coordinadores de limpieza de superficies y desinfección, coordinadores de central de equipo y responsable de bacteriología.
- d) El EPCI debe tener conocimiento del procesamiento de los agentes de riesgo biológico, uso del equipamiento e insumos y la contención correspondiente y una vez establecido, el nivel de riesgo debe ser reevaluado y revisado permanentemente. La evaluación de riesgos estará sistemáticamente asociada con el manejo de los mismos, con el objeto de apoyar la formulación de un plan de mitigación conducido por el comité de desechos sólidos, que permita prevenir, reconocer y minimizar los riesgos presentes en el EPSS.
- e) El EPCI debe tener como meta principal, reducir el riesgo de adquirir una infección asociadas a la atención de salud a un nivel mínimo; en cualquier circunstancia, el cero riesgo no es alcanzable, pero debe ser el objetivo final.
- f) El EPCI estará conformado según el perfil, nivel de resolución y complejidad del Establecimiento Proveedor de Servicios de salud:

- i. Los EPSS con 250 camas o menos, deberá disponer de:
 - **Responsable de epidemiología capacitado en prevención, vigilancia y control de IAAS** y dedicación mínima de 2 horas diarias para la visita de los pacientes ingresados y evaluar el riesgo del paciente para adquirir una IAAS. Así, como el seguimiento, dos veces por semana, al expediente clínico en búsqueda de aquellos factores de riesgo que vuelvan susceptible al paciente de desarrollar una IAAS.
 - **Una enfermera capacitada en vigilancia y control de IAAS**, dedicada a tiempo completo para el monitoreo regular de las prácticas de prevención de infecciones en los servicios, la identificación de pacientes en riesgo, vigilancia, control y seguimiento de pacientes con IAAS o sospecha de la misma. A este personal no se le deberán asignar actividades que no estén relacionadas con las descritas.
 - **Digitador de datos** para garantizar los resultados de las investigaciones y retroalimentación.
- ii. Los EPSS con mayor nivel de complejidad y/o mayor de 250 camas, dentro de sus posibilidades debe de incluir además en su EPCI:
 - **Un médico especialista en enfermedades infecciosas**
 - **Un médico especialista en higiene y seguridad ocupacional**
 - **Un microbiólogo.**

51. **Del Coordinador del Equipo de Prevención y Control de IAAS (CEPCI):** A cargo del especialista en control de infecciones con dedicación mínima de 2 horas diarias para coordinación de vigilancia, prevención y control de IAAS, incluyendo la docencia y elaboración de disposiciones normativas e informes.

52. El Coordinador de Prevención y Control de Infecciones (CEPCI), cumple las siguientes funciones:

- a) Coordina al Equipo de Prevención y Control de IAAS.
- b) Analiza e interpreta reporte de los agentes patógenos y su sensibilidad a los antimicrobianos
- c) Analiza y divulga los datos sobre resistencia a los antimicrobianos y patógenos emergentes, así como hallazgos de laboratorio inusuales.
- d) Apoya al sistema de vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud
- e) Coordina la identificación e investigación de aparición de brotes
- f) Estudia los casos y gestiona la eliminación, identificación, análisis, evaluación, tratamiento y evaluación de los riesgos.

53. **De la Enfermera de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones (EVPCI):** Enfermera entrenada en vigilancia de prácticas de prevención y control de infecciones a tiempo completo para este cargo.

54. El nombramiento de la enfermera de vigilancia, prevención y control de infecciones, será realizada por el Director del EPSS, la cual dependerá de la sub-dirección médica del establecimiento de salud.

55. La Enfermera de Vigilancia de Infecciones cumple con las siguientes funciones:

- a) Establece coordinación con el departamento de microbiología y departamentos clínicos para la identificación y control de IAAS
- b) Colaborar con el EPCI en la vigilancia de las prácticas de prevención, control de infecciones y la detección de brotes
- c) Entrenamiento en los procedimientos de toma, procesamiento y transporte de muestras bacteriológicas.
- d) Brinda información y educación bajo la supervisión del EPCI
- e) Estimula la participación entre los pacientes y los visitantes para la puesta en marcha de las prácticas de prevención y control de infecciones.

56. **Del Responsable de Higiene y Seguridad Ocupacional**, es un especialista en Salud Ocupacional o en Higiene y Seguridad Ocupacional.

57. El Responsable de Higiene y Seguridad Ocupacional, cumple las siguientes funciones:

- a) Identifica y gestiona los riesgos de adquirir infecciones por el cuidado de pacientes infectados.
- b) Determina los efectos en la salud relacionados con la exposición a agentes biológicos
- c) Gestiona los servicios y programas de higiene ocupacional
- d) Conoce la legislación y gestión en salud.
- e) Promociona la prevención y control de riesgos ocupacionales
- f) Colabora con el EPCI en la evaluación y control de agentes químicos, físicos y biológicos
- g) Brinda información y educación en salud ocupacional y promoción de la salud
- h) Colabora con el EPCI en la elaboración de indicadores básicos de IAAS
- i) Estimula la comunicación y enseñanza de los riesgos de IAAS entre los pacientes y los visitantes

58. **Del Responsable de Laboratorio de Bacteriología**: Idealmente, es un médico microbiólogo o Licenciado en laboratorio clínico y bacteriología.

- a) El responsable de bacteriología debe estar capacitado en prevención, vigilancia y control de IAAS para que apoye oportunamente al médico responsable en la interpretación de los reportes de los cultivos y pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos, especialmente en microorganismos multidrogo - resistentes.

- b) Garantizar una buena calidad y adecuado procesamiento de las muestras microbiológicas en los servicios de laboratorio de bacteriología.
- c) Capacita a los profesionales de la salud en las buenas prácticas de toma muestra, transporte y procesamiento de las muestras microbiológicas establecidas por el laboratorio de bacteriología
- d) Establecer comunicación entre los miembros de la red de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos y comunicación entre laboratorio y las actividades del programa de prevención y control de infecciones.
- e) Dominio de la epidemiología microbiológica local.
- f) Asesoría en la selección óptima del antimicrobiano en los diferentes síndromes infecciosos según el patógeno involucrado.
- g) Implementar los estándares de bioseguridad de laboratorio de bacteriología
- h) El responsable de bacteriología deberá solicitar a la Dirección del establecimiento de salud, el apoyo de un laboratorio regional o nacional cuando no se cuente con laboratorio de microbiología local.
- f) Desarrollan conjuntamente un plan de comunicación, formación y educación dirigido al personal, pacientes y cuidadores a fin de prevenir las infecciones cruzadas, impulsando campaña permanente sobre la importancia de la higiene de manos del personal, usuarios y visitantes.
- g) Promueven entre los prescriptores que los tratamientos con antibióticos se basen en el diagnóstico microbiológico y PSA, específicamente en los pacientes gravemente infectados o IAAS.

Disposiciones Especificas.

**Cumplimiento Estricto de Normas y
Manuales por el Personal de
Salud para Garantizar la Prevención,
Vigilancia y Control de
Brotos de IAAS.**

B. CUMPLIMIENTO ESTRICTO DE NORMAS Y MANUALES POR EL PERSONAL DE SALUD PARA GARANTIZAR LA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE BROTES DE IAAS

Estándares de higiene de manos para la prevención y control de infecciones

59. Los profesionales de la salud deben participar en el entrenamiento básico de prevención y control de infecciones con pleno apoyo del director y administrador del establecimiento de salud.
60. Los profesionales de la salud deben conocer y practicar los estándares para la prevención y control de infecciones en correspondencia con el nivel de resolución y área o servicio de trabajo.
61. Los profesionales de la salud deben ser capacitados y entrenados en sesiones formativas básicas para generar un cambio conductual y cultural y garantizar que la competencia relacionada con la seguridad del paciente este profundamente arraigada y que su práctica sea continua. Esta formación básica comprende:
 - a) Principios básicos de los mecanismos de transmisión microbiana.
 - b) Importancia e indicaciones para el lavado e higiene de manos (por qué, cómo y cuándo)
 - c) Indicación correcta de procedimientos invasivos en pacientes, cuando aplique.
 - d) Uso apropiado de equipo de protección personal
 - e) Uso seguro y eliminación del material corto – punzante.
 - f) Divulgación de mensajes claros, que no se presten a la interpretación personal con un método normalizado y orientado al usuario
62. Los profesionales de la salud deben disponer de los insumos apropiados en cualquier lugar donde se realice la prestación de servicios de salud (brigada médica, feria de salud, jornadas nacionales de salud, EPSS). Estos recursos incluyen:
 - a) Acceso a un suministro seguro y continuo de agua
 - b) Materiales Básicos para la higiene de manos (jabón líquido y papel toalla)
 - c) Acceso a un preparado de alcohol con glicerina para manos.
 - d) Recipientes adecuados para eliminación de residuos biológicos y material corto punzante
 - e) Equipos de protección personal
63. Los profesionales de la salud deben disponer de un desinfectante para manos (a base de alcohol gel + glicerina al 70%), de fácil acceso y lo más cerca posible (al alcance del brazo), cuando se lleva a cabo la asistencia o el tratamiento al paciente. Estos productos en el punto de atención deben estar accesibles sin tener que salir de la zona del paciente.

64. Los profesionales de la salud deben comunicar, informar y educar a los pacientes y cuidadores acerca de:
- a) Los beneficios de la higiene efectiva de las manos
 - b) La técnica y el momento correcto para la higiene de manos
 - c) Cuando la situación lo requiera, utilizar jabón y agua o desinfectante para manos
 - d) La disponibilidad de un lugar equipado para la higiene de manos.
 - e) Su rol en el mantenimiento del estándar de higiene de manos de los trabajadores de la salud
65. Los profesionales de la salud deben practicar lavado de manos en las siguientes circunstancias clínicas:^{1,2}
- a) Inmediatamente, antes de cada episodio de contacto directo con paciente
 - b) Inmediatamente, después de cada episodio de contacto directo con paciente o atención.
 - c) Inmediatamente, antes de realizar una tarea o procedimiento con técnica aséptica.
 - d) Inmediatamente, después de quitarse los guantes.
 - e) Inmediatamente, después de cualquier exposición a líquidos corporales.
 - f) Inmediatamente, después de cualquier otra actividad o contacto con el entorno del paciente (instrumentos o equipos), que podría resultar en contaminación potencial de las manos.
66. Los profesionales de la salud deben practicar la desinfección con alcohol gel en las siguientes circunstancias en la atención directa a los pacientes:
- g) Inmediatamente, antes de cada episodio de contacto directo con paciente
 - h) Inmediatamente, después de cada episodio de contacto directo con paciente o atención.
 - i) Inmediatamente, después de quitarse los guantes, siempre y cuando no haya tenido contacto con fluidos corporales.
 - j) Inmediatamente, después de cualquier otra actividad o contacto con el entorno del paciente (instrumentos o equipos), que podría resultar en contaminación potencial de las manos.
67. Los profesionales de la salud están obligados a lavarse las manos con un desinfectante para manos (jabón antiséptico conteniendo clorhexidina), en las siguientes situaciones:

¹ Pittet D. Allegranzi B. Boyce J. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and Their Consensus Recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30:611-622

² WHO. Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. 2009 Disponible en <http://www.who.int/gpsc/en/>

- a) Al entrar y salir de una área de alto riesgo
- b) Cuando las manos están visiblemente sucias o potencialmente contaminados con fluidos corporales.
- c) Inmediatamente, después de quitarse los guantes, luego de atención de paciente infectado o contaminado.
- d) En situaciones clínicas en las que existe la posibilidad de la propagación de organismos resistentes al alcohol, tales como *Clostridium difficile* o de otros organismos que causan enfermedades diarreicas.

68. Los profesionales de la salud deben garantizar que sus manos estén limpias a lo largo de la jornada laboral, procurando los siguientes cuidados:

- a) Los miembros superiores deben estar libres de artículos o adornos por debajo del codo durante la atención directa con el paciente. Esto significa que no debe portar uñas postizas, de acrílico, resina o gelatina y quitarse la joyería de la muñeca y de las manos (reloj de pulsera o anillos empedrados).
- b) Asegurar uñas limpias y cortas, aproximadamente de la yema del dedo de 1 a 3 milímetros.
- c) Cubrir los cortes y abrasiones con adhesivos impermeables.
- d) Para el lavado de manos clínico, si usa manga larga, súbala hasta el codo, incluyendo la gabacha para procedimientos no invasivos (manga larga, blanca y de tela).
- e) El diseño de la gabacha para las áreas de alto riesgo (críticas), debe ser avalado por el comité de Infecciones y como mínimo debe tener mangas de $\frac{3}{4}$ y ser capaces de recoger o empujar hacia arriba las mangas para el lavado de manos clínico.

69. Los profesionales de la salud deben ser capacitados y reentrenados ante la presencia o sospecha de brote en áreas involucradas hasta que el brote haya sido controlado o descartado; estas actividades se dirigirán a los aspectos básicos de prevención y control de infecciones de acuerdo a las hipótesis de cómo se generó y se desarrolló el problema.

Medidas de precauciones estándares y adicionales para la prevención y control de Infecciones

70. Los profesionales de la salud deben recibir capacitación y entrenamiento para evaluar el riesgo de exposición potencial a agentes infecciosos que puede representar el paciente, la situación clínica o el procedimiento, para ellos mismos, para otros pacientes, visitantes y personal sanitario de apoyo y su entorno,
71. Los profesionales de la salud deben recibir capacitación y entrenamiento para identificar y determinar los riesgos de transmisión de microorganismos patógenos para ellos mismos, para otros pacientes, visitantes y personal sanitario de apoyo y su entorno.
72. Los profesionales de la salud deben recibir capacitación y entrenamiento para conocer y aplicar las precauciones estándares de rutina. Estas precauciones incluyen:
 - a) Evaluación del riesgo de exposición a infecciones en la atención de salud.
 - b) Higiene de Manos, incluyendo el uso de alcohol gel para manos.
 - c) Control de fuente, tales como triage, diagnóstico y tratamiento temprano, higiene respiratoria, separación espacial.
 - d) Alojamiento, disposición y flujo de los pacientes en los EPSS
 - e) Técnica aséptica
 - f) Uso de Equipo de Protección Personal (EPP)
 - g) Seguridad en la manipulación y segregación de los objetos corto-punzantes y prevención de la transmisión de infecciones transmitidas por sangre.
 - h) Manejo del paciente en el EPSS: limpieza del paciente, limpieza y desinfección de equipos para los cuidados de los pacientes, manejo de residuos biológicos y ropa de cama
 - i) Educación a los pacientes, familias y visitantes
 - j) El manejo de los visitantes.
73. Los profesionales de la salud deben apoyar las estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento de la adherencia a las precauciones estándares de rutina que persiguen minimizar el riesgo de exposición y reducir la transmisión de microorganismos patógenos.
74. Los profesionales de la salud deben recibir comunicación sobre los riesgos biológicos y están obligados a leer y cumplir las precauciones estándares de rutina; los procedimientos del uso adecuado del Equipo de Protección Personal (EPP) y apego a las normativas de bioseguridad.
75. Los profesionales de la salud deben aplicar los componentes individuales de las precauciones estándares de rutina de acuerdo a los resultados de la evaluación de riesgos de exposición a agente infeccioso y selecciona precauciones adicionales necesarias para minimizar el riesgo de transmisión a otros pacientes, personal de salud a cargo, personal de salud de apoyo, cuidadores, visitantes, contratistas y su entorno.

76. Los profesionales de la salud deben aplicar las precauciones adicionales que sean requeridas en pacientes con infección conocida o sospecha o colonizado con microorganismos patógenos; basados en el modo de transmisión y presentación clínica en donde las prácticas de rutina son insuficientes para prevenir la transmisión. Estas pueden ser modificadas o interrumpidas una vez que el microorganismo específico es identificado.
77. Los profesionales de la salud deben recibir información sobre la epidemiología local al aplicar las precauciones adicionales en los EPSS con sus particularidades según el área o servicio, tales como unidades especializadas, hospitales, centros de salud, puestos de salud, casas maternas, entre otros.
78. Los profesionales de la salud deben recibir capacitación y entrenamiento para conocer y aplicar las precauciones adicionales. Estas precauciones incluyen:
- a) Precauciones de contacto para microorganismos con dosis baja infecciosa o situaciones en donde el contacto piel a piel o por medio de objetos contaminados de un paciente infectado a un huésped susceptible es anticipada.
 - b) Precauciones de gotitas para microorganismos transmitidos principalmente por la vía de grandes gotas (más de 5 micras).
 - c) Precauciones de transmisión por aire para microorganismos transmitidos por pequeñas partículas en el aire (de 5 o menos micras de diámetro) y extendida en el tiempo y distancia.
79. Los profesionales de la salud deben recibir capacitación y entrenamiento para conocer y aplicar las medidas de prevención y control de infecciones transmitidas por vía aérea (precauciones de transmisión por aire)³ Ver Anexo 2, 3 y 4
80. Los profesionales de la salud deben recibir recordatorios para la evaluación del riesgo de exposición a infecciones en la atención de salud y seleccionar las acciones apropiadas para minimizar el riesgo de transmisión.
81. Los profesionales de la salud deben recibir capacitación y entrenamiento para conocer y aplicar las medidas de prevención y control de infecciones transmitidas por sangre y otros líquidos corporales (precauciones de contacto).³ Ver Anexo 2, 3 y 4

³ OMS. Estrategias para el control de infección para procedimientos específicos en establecimientos de salud Enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica Guía de referencia rápida. 2008 Disponible en <http://www.who.int/csr/resources/publications/>

Estándares de provisiones para la ubicación y el aislamiento de pacientes ⁴

82. El coordinador del CI sugiere y la Dirección del EPSS garantiza las habitaciones individuales y áreas de aislamiento, prioritariamente a pacientes con enfermedades infecciosas confirmada o sospechosa.
83. El personal de salud cumple las recomendaciones para la ubicación y aislamiento de pacientes infectados e informa al coordinador del CI cuando un paciente no ha sido colocado en una habitación o área de aislamiento.
84. El EPCI monitorea el cumplimiento de aislamiento recomendado por la Dirección del EPSS.
85. El coordinador del CI debe orientar la restricción del acceso de personal no esencial a las habitaciones individuales o áreas de aislamientos de pacientes con enfermedades infecciosas confirmadas o sospechosa.
86. El coordinador del CI debe organizar y asegurar que se asigne personal clínico y no clínico exclusivo en las habitaciones individuales y áreas de aislamiento y dividir el personal entre las áreas con casos sospechosos y las áreas con casos confirmados de enfermedades infecciosas.
87. El EPCI garantiza la señalización con carteles para avisar al personal sobre las restricciones de circulación libre en estas áreas y otras áreas clínicas. Así, como un registro de las personas que entren en las habitaciones individuales y áreas de aislamiento.
88. El EPCI debe limitar el número de personas autorizadas a visitar a los pacientes como una medida destinada a prevenir la propagación de enfermedades transmisibles y evitar la contaminación del ambiente.⁵
89. El coordinador del CI debe formular mensajes sencillos en conjunto con representantes de los pacientes o de la comunidad organizada sobre la previsión y aislamiento, horarios de visitas a los pacientes que el público pueda entender pero teniendo cuidado para evitar la estigmatización.
90. El EPCI debe asegurar que todo el personal y los visitantes se pongan y se quiten correctamente el equipo de protección personal recomendado y de un solo uso.
91. El EPCI debe asegurarse siempre haya equipo de protección personal o que pueda conseguirse con prontitud a la entrada de las habitaciones individuales o áreas de aislamiento.
92. El EPCI debe brindar instrucciones al personal y a los visitantes, por medio de capacitación y carteles recordatorios, para que se pongan y se quiten correctamente el equipo de protección personal.
93. El coordinador del CI debe designar a otro miembro del personal para que supervise el orden en que su colega se pone y se quita el equipo de protección personal.

⁴OMS. Orientación provisional para la prevención y el control de infecciones en la atención de pacientes con fiebre hemorrágica por filovirus presunta o confirmada en entornos de atención de salud, con énfasis en el virus del Ébola. 2014

⁵ Ministerio de Salud, Nicaragua. Ley No 423. Decreto No 22-2003, Nicaragua. Ley General de Salud y su Reglamento. Capítulo II De los Derechos y Obligaciones de los Usuarios. Arto. 9. Obligaciones del usuario. Numeral 11. Gaceta Diario Oficial No. 91 del 17 de mayo del año 2002

94. El personal de salud debe cumplir con las recomendaciones sobre uso correcto del equipo de protección personal y el EPCI informa al coordinador del CI cuando no se cumplen.
95. El EPCI debe asegurar que todo el personal y los visitantes se higienicen las manos de acuerdo con las recomendaciones establecidas, aunque se use equipo de protección personal.
96. El EPCI debe brindar instrucciones al personal y a los visitantes, mediante capacitación y carteles recordatorios sobre la importancia de las mejores prácticas de higiene de las manos.
97. El EPCI por medio del coordinador de higiene de manos debe asegurar que siempre haya desinfectante para las manos a base de alcohol, jabón líquido, agua y papel toalla a la entrada de las habitaciones o áreas de aislamiento y en el lugar donde se atiende a pacientes.
98. El EPCI por medio del coordinador de limpieza de superficies y desinfección debe garantizar la limpieza del ambiente y el equipo usado por paciente infectado de manera segura, adhiriéndose a los estándares de limpieza y desinfección de superficies en los EPSS establecidos en la presente normativa.

Estándares de monitoreo y control del uso de dispositivos médicos en pacientes hospitalizados

99. El EPCI supervisa el cumplimiento de los paquetes de cuidados para la prevención y el monitoreo de la Bacteriemia Asociada a Catéter Venoso Central de acuerdo a las recomendaciones para hospitales definidas en Manual de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS.
100. El EPCI supervisa el cumplimiento los paquetes de cuidados para la prevención y el monitoreo de la Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter Urinario de acuerdo a las recomendaciones para hospitales y atención primaria definidas en Manual de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS.
101. El EPCI supervisa el cumplimiento de los paquetes de cuidados para la prevención y el monitoreo de la Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico de acuerdo a las recomendaciones para hospitales definidas en Manual de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS.
102. El EPCI supervisa el cumplimiento de los paquetes de cuidados para la prevención y el monitoreo de las Infecciones del Sitio Quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones para hospitales definidas en Manual de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS.

Disposiciones Especificas.

Elaboración, Actualización y Monitoreo del Cumplimiento de Normas, Manuales, Guías y Protocolos por las Direcciones y Divisiones del MINSA Central según su Competencia en la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS.

C. ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE NORMAS, MANUALES, GUÍAS Y PROTOCOLOS POR LAS DIRECCIONES Y DIVISIONES DEL MINSA CENTRAL SEGÚN SU COMPETENCIA EN LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS.

Estándares de Limpieza e Higiene

103. Elaboración de la Norma para la limpieza e higiene de los EPSS.

Estándares de Desinfección de Superficies y Materiales

104. Actualización de la Normativa – 003. Norma Técnica y Guía para el uso de antisépticos y desinfectantes e higiene de manos. 2008

Estándares de Esterilización de Material y Equipos Médicos

105. Elaboración del Manual de Procedimientos de Buenas Prácticas de Esterilización de Materiales Críticos en los EPSS.

Estándares de Almacenamiento de Material Estéril

106. Elaboración del Manual de Procedimientos de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Material Estéril en los EPSS.

Estándares de Manejo de Desechos Infecciosos

107. Monitoreo del cumplimiento de Norma Técnica No. 05 015-02s. Norma para el Manejo y Eliminación de Residuos Sólidos Peligrosos. 2001

Estándares de Manejo de Desechos Farmacéuticos

108. Monitoreo del cumplimiento de Norma Técnica No. 05 015-02s. Norma para el Manejo y Eliminación de Residuos Sólidos Peligrosos. 2001

Estándares de Agua Limpia para los EPSS

109. Elaboración de Manual para el uso seguro de agua en la atención sanitaria, incluyendo unidades de hemodiálisis y estándares de calidad del agua de consumo humano en los EPSS.

Estándares de Aire Limpio para los EPSS

110. Elaboración de Manual para la Vigilancia Sanitaria de Aire Limpio en los EPSS.

Estándares de Bioseguridad en los EPSS

111. Actualizar Normativa – 079. Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud en la Atención de Personas con VIH – Sida. Noviembre del 2011 y Normativa - 123 Guía de Profilaxis Ocupacional y No Ocupacional ante el VIH. Julio del 2012.

Estándares de Higiene de los alimentos en los EPSS

112. Actualizar Normativa - 092 Manual de Higiene y manipulación de alimentos para comedores populares e institucionales. Julio del 2012.

Estándares de Habilitación de Establecimientos de Salud

113. Actualizar Normativa - 013 Manual de Habilitación de Establecimiento de Proveedores de Servicios de Salud. Septiembre del 2008.

Estándares de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones

114. Actualizar Normativa – 100 Guía para la Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves y Enfermedades Tipo Influenza en Nicaragua. Octubre del 2012

Estándares de Buenas Prácticas de Vacunación para pacientes y profesionales de la salud

115. Actualizar Normativa - 121 Norma de inmunizaciones y manual de procedimientos de inmunizaciones. Septiembre del 2013.

Estándares de Monitoreo y Supervisión en Establecimientos de Salud de Atención Primaria

116. Actualizar Normativa 115 'Guía de Acompañamiento Técnico y Monitoreo Integral para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención. Julio del 2013.

Estándares de Proceso de Atención de Enfermería y Seguridad de los Pacientes

117. Actualizar Normativa - 128 Manual de Procesos de Atención de Enfermería del Sector Salud. 2013

Disposiciones Especificas.

Vigilancia Epidemiologica de las IAAS.

D. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS IAAS.⁶

118. La vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud deberá realizarse a través de un sistema que unifique criterios para la recopilación dinámica, sistemática y continua de la información generada por cada unidad de salud para su procesamiento, análisis, interpretación, difusión y utilización en la resolución efectiva de problemas y de operación a nivel del MINSA Central, SILAIS, Municipios y EPSS conforme a manual correspondiente.
119. La vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud considera los componentes de información, supervisión, evaluación, coordinación, capacitación e investigación, como base para su funcionamiento operativo adecuado dentro del sistema integrado de vigilancia epidemiológica (SIVE)
120. La información epidemiológica de las IAAS generada por el SIVE tendrá uso clínico, epidemiológico, estadístico y de salud pública. Su manejo observará los principios de confidencialidad para proteger la identidad individual de los pacientes.
121. La información epidemiológica de las IAAS deberá ser registrada en los formularios establecidos por la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública para el análisis general y particular, y deberá retroalimentar a todo el SIVE.
122. El SIVE aportará la información necesaria para evaluación y seguimiento del sistema de las IAAS en los diferentes EPSS.
123. El SIVE (sub-sistema vigilancia epidemiológica de IAAS), deberá informar sobre los resultados de la vigilancia de las IAAS en los EPSS, problemas detectados y las situaciones de riesgo identificadas y cuando corresponda presentar alternativas de solución al CI.
124. La definición de caso de IAAS sujeta a notificación debe tener una estructura similar, tras una breve revisión etiológica y epidemiológica de la misma, se concreta la definición de caso de acuerdo con criterios clínicos, de laboratorio y epidemiológicos. La unión de estos criterios sirve para la clasificación de los casos de IAAS.
125. La Norma de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS, no sustituye la notificación semanal de casos nuevos que se realiza en el formato para la notificación semanal de casos y las actividades que para esta notificación se requieran llevar a cabo según normativa – 119Manual de Vigilancia para la Salud Pública, 2013.
126. El sistema de información epidemiológica de las IAAS comprende:
 - a) Notificación inmediata de brotes por IAAS.
 - b) Notificación inmediata de defunciones con IAAS en los servicios de neonatología.
 - c) Notificación mensual de casos y defunciones por IAAS.
 - d) Estudios epidemiológicos de brote por IAAS.
 - e) Estudios epidemiológicos de padecimientos y situaciones especiales.

⁶ Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública. Normativa – 119. Manual de Vigilancia para la Salud Pública, 2013.

127. El flujo de información de las notificaciones de IAAS deberán realizarse conforme a lo establecido en Normativa – 119 Manual de Vigilancia para la Salud Pública, 2013
128. La notificación inmediata de casos de IAAS se realizará conforme a la lista de padecimientos referida en los manuales de procedimientos para la vigilancia epidemiológica de IAAS, expedido por la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública y la Dirección General de Servicios de Salud.
129. La notificación mensual de casos de IAAS se generará a partir de los formatos del SIVE o en su defecto, los que proponga el Comité de Evaluación de la Calidad por medio del Comité de Infecciones.
130. El estudio epidemiológico de brote de IAAS debe incluir la localización de contactos y la búsqueda de casos en la comunidad. Esto se deberá realizar en las situaciones que así lo requieran y apoyarse en lo referido en los manuales de procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica de IAAS.
131. El estudio epidemiológico de casos especiales de IAAS se ajustará a lo estipulado en los manuales de procedimientos para la vigilancia epidemiológica de IAAS.
132. Los estudios epidemiológicos de las IAAS comprenden las áreas de investigación epidemiológica y de servicios de salud y se realizarán cuando se requiera información adicional a la generada por el sistema de vigilancia ordinario que sea de utilidad para el desarrollo de diagnósticos situacionales de salud o de costos e impactos de la atención u otros.
133. Serán objeto de notificación obligatoria mensual, las IAAS mencionadas en el ANEXO 1 de esta Norma, cuando cumplan con los criterios de caso de IAAS definidos en los manuales de procedimientos para la vigilancia epidemiológica de IAAS expedido por la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública y la Dirección General de Servicios de Salud.
134. Los casos notificados de IAAS que posteriormente se descarten como tales, deberán ser eliminados de la notificación previa por escrito.
135. Las fuentes de información de casos de IAAS se conformarán con los registros de pacientes y casos generados en cada establecimiento de salud. La recolección de información basada en el paciente se obtendrá mediante visitas a los servicios clínicos, revisión de expedientes clínicos y hojas de enfermería, lo cual podrá ser complementado con la información verbal o escrita del personal de los servicios de salud, de quirófano, laboratorio de microbiología, radiología, patológica, admisión y archivo. La notificación que realice el médico tratante al SIVE deberá ser por escrito, oportuna y de acuerdo con los criterios de IAAS.
136. Las autoridades de los establecimientos de salud deberán establecer lo necesario para garantizar el acceso, la disponibilidad y la conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las IAAS así como la referente al análisis del uso de antimicrobianos en el EPSS y de la evolución de la resistencia antimicrobiana, a partir de la entrada en vigor de la presente Norma.
137. La información de cada uno de los servicios de salud será recopilada, integrada, procesada, verificada y analizada por el SIVE en los diferentes establecimientos de salud.
138. La información generada en los servicios del EPSS será utilizada por el SIVE para retroalimentar a los servicios que la generaron y al Comité de Prevención y Control de Infecciones y deberá ser

remitida mensualmente a las autoridades de los EPSS y a los niveles técnico-administrativos correspondientes.

139. La información será remitida del nivel local al municipal dentro de los diez primeros días del mes; del Municipal al SILAIS dentro de los siguientes diez días, y del SILAIS al MINSA Central, en los siguientes diez días, de forma tal que el plazo máximo no sea mayor a 30 días posteriores al mes que se notifica.
140. La información recolectada en los distintos niveles técnico-administrativos deberá ser integrada y analizada garantizando su uso y difusión para la toma de decisiones.

Disposiciones Especificas.

Sistema de Vigilancia de Microorganismos Multidrogo-resistentes.

E. SISTEMA DE VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS MULTIDROGO-RESISTENTES

141. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación con la División General de Insumos Médicos y la Dirección General de Servicios de Salud, elaboran, adecuan y actualizan el Manual de procedimientos para el Manejo de Microorganismos Resistentes a los Antimicrobianos.
- Guía para el control de Enterobacterias resistentes a carbapenemes
 - Guía para el control de Acinetobacter resistentes a múltiples antibióticos
 - Guía para el control de Enterobacterias productoras de Beta – Lactamasa de Espectro Extendido (BLEE)
 - Guía para el control de Staphylococcus aureus resistente a meticilina y/o vancomicina (SARM/SRV)
 - Actualización de guía para el control de Tuberculosis Multidrogo-Resistente (TB-MDR)
142. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación con la División General de Insumos Médicos y la Dirección General de Servicios de Salud, definen el nivel de amenaza de la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos.
143. La Red Integrada de Laboratorios de Microbiología deben reportar mensualmente, los datos de resistencia a los antimicrobianos al CNDR de los siguientes microorganismos considerados como una amenaza urgente:
- Enterobacterias* resistentes a carbapenemes
 - Neisseria gonorrhoeae*
 - Clostridium difficile*
144. La Red Integrada de Laboratorios de Microbiología deben reportar mensualmente, los datos de resistencia a los antimicrobianos al CNDR de los siguientes microorganismos considerados como una amenaza seria son:
- Acinetobacter* resistentes a múltiples antibióticos
 - Campylobacter* resistentes a antibióticos
 - Candida* resistentes a fluconazol y anfotericina B
 - Enterobacterias* productoras de beta – lactamasa de espectro extendido (BLEE)
 - Enterococos faecium*, *enterococo faecalis* resistentes a vancomicina

- f) *Pseudomona aeruginosa* resistente a múltiples antibióticos
 - g) *Salmonella no tifoidea* resistente a antibióticos
 - h) *Shigella* resistente a antibióticos
 - i) *Staphylococcus* resistente a meticilina
 - j) *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina, macrólidos y fluoroquinolonas
 - k) *Tuberculosis* resistente a antibióticos
145. La Red Integrada de Laboratorios de Microbiología deben reportar mensualmente, los datos de resistencia a los antimicrobianos al CNDR de los siguientes microorganismos considerados como una amenaza preocupante son:
- a) *Staphylococcus aureus* resistente a vancomicina
 - b) *Streptococcus* del Grupo A resistente a eritromicina
 - c) *Streptococcus* del Grupo B resistente a clindamicina
146. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación con la División General de Insumos Médicos y la Dirección General de Servicios de Salud elaboran, adecuan y actualizan las guías rápidas de uso racional de antibióticos en atención primaria y hospitales basados en los perfiles de sensibilidad a los antibióticos y normas de atención médica de los procesos infecciosos.
147. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación con la División General de Insumos Médicos y la Dirección General de Servicios de Salud elaboran, adecuan y actualizan los protocolos de uso racional de antibióticos en infecciones severas asociadas a microorganismos resistentes a múltiples antibióticos.
148. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación con la División General de Insumos Médicos y la Dirección General de Servicios de Salud elaboran, adecuan y actualizan los criterios de uso de pruebas diagnósticas (biomarcadores) y de laboratorio microbiológico para apoyar a los clínicos a distinguir el origen de las enfermedades infecciosas, es decir bacterianas, virales, parasitarias o fúngicas.
149. La División General de Insumos Médicos, la Dirección General de Servicios de Salud y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia del MINSA en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua elaboran el plan temático del curso Uso Racional de Antimicrobianos y Resistencia Microbiana para la capacitación continua del personal de salud involucrado en la prevención y control de infecciones en los EPSS.
150. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación la Red Nacional de Laboratorios para la Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos elaboran, adecuan y actualizan los estándares de la calidad de los servicios mediante los siguientes manuales:

- a) Manual de bioseguridad
 - b) Manual de Toma, conservación y transporte de muestras
 - c) Manual de Criterios para aceptación y rechazo de muestras bacteriológicas.
 - d) Manual de procedimiento de muestras
 - e) Manual de procedimientos operativos estándar
 - f) Manual de control de calidad interno
 - g) Manual de resultados, informe, interpretación y tiempos de entrega de resultados
151. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación la Red Nacional de Laboratorios para la Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos participan como docentes en la implementación del curso Uso Racional de Antimicrobianos y Resistencia Microbiana como parte de la educación continua del personal de salud involucrado en la prevención y control de infecciones en los EPSS.
152. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación la Red Nacional de Laboratorios para la Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos apoyan el estudio de brotes hospitalarios y en la comunidad a nivel local, regional y nacional y también el estudio de bacterias multidrogo - resistentes aisladas de portadores sanos en conexión con los brotes.
153. El Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en coordinación la Red Nacional de Laboratorios para la Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos consolida y mejora el sistema de vigilancia existente, ampliando los objetivos y alcance del programa. Así como, la definición de los puntos de recolección de datos de resistencia y los puntos críticos de sensibilidad de las pruebas de susceptibilidad a los antibióticos.

Disposiciones Especificas.

Evaluación de Intervenciones para la Vigilancia, Prevencion y Control de Infecciones.

F. EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Adherencia de la Higiene de Manos

154. El comité de infecciones por medio del coordinador de higiene de manos, evalúa los resultados de las estrategias implementadas para la mejora y sostenibilidad de la adherencia de los trabajadores de la salud a las prácticas de higiene de manos; los cuales deben incluirse en el plan de mejora de la calidad, considerando los siguientes aspectos: ⁷

- a) Plan de acción para facilitar la aplicación y evaluación de las prácticas de higiene de manos.
- b) Evaluación de los recursos e infraestructura que existe y realizar los cambios que se requieran para garantizar la higiene de manos eficaz en todo momento.
- c) Selección, programación y adquisición de los preparados de base alcohólica para manos y otros productos para la higiene de las manos.
- d) Uso de recordatorios y educación continua eficaz y apropiada a los profesionales de la salud, independientemente de cuál sea su formación.
- e) Utilización de métodos validados para realizar vigilancia y auditorías de los 5 momentos de la higiene de manos.
- f) Monitoreo frecuente de acuerdo al entorno clínico y las necesidades de la organización: una vez por semana, por turno, por área.
- g) Aplicación de medidas de proceso y de resultados de acuerdo a las recomendaciones (retroalimentación)
- h) Comunicación de los resultados individuales a los trabajadores de la salud auditados y los resultados incluirlos en los planes de mejora de la calidad.
- i) Aseguramiento de la adopción de medidas en función de las recomendaciones
- j) Promoción de un entorno y empoderamiento de los trabajadores de la salud que propicien la sensibilización sobre las cuestiones de seguridad del paciente y garantizar al mismo tiempo que la mejora de la higiene de las manos se considere una prioridad de primer orden a todos los niveles.
- k) Aplicación de medidas de sostenimiento de la dinámica y motivación para la higiene continuada de las manos en los EPSS que alcanzaron niveles de excelencia

155. El comité de prevención y control de infecciones por medio del coordinador de higiene de manos, realiza la medición de indicadores de estructura y resultado para conocer los cambios generados por la aplicación de la estrategia y para determinar si las intervenciones han sido eficaces para mejorar las prácticas de higiene de manos, la percepción y los conocimientos por parte de los profesionales sanitarios y el resultado esperado de reducir las IAAS.

⁷ Public Health Agency of Canada. Hand Hygiene Practices in Healthcare Settings. Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca>

Indicadores de estructura en la implementación de la estrategia de higiene de manos:

- a) Evidencia de cambios locales para asegurar que se lleven a cabo auditorías de observación de la higiene de manos en los servicios regularmente.
- b) Evidencia de cambios locales para asegurar la disponibilidad de instalaciones para la higiene de manos.
- c) Evidencia de cambios locales para garantizar que todos los trabajadores de la salud reciben capacitación sobre IAAS e higiene de manos.
- d) Evidencia del consumo de jabón líquido y de preparados de base alcohólica.

G. SALUD PÚBLICA Y OTROS AGENTES

156. Las autoridades competentes deben definir los procedimientos para construir vínculos y canales de comunicación con las unidades formadoras de recursos humanos en salud, el instituto nicaragüense de seguridad social, centros de investigaciones en salud, instituto de protección y seguridad animal, sociedades científicas y asociaciones de profesionales de la salud, entre otros.
157. Las autoridades competentes deben procurar la colaboración de expertos nacionales e internacionales para el desarrollo de competencias en los recursos de salud en la temática de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Nicaragua. Ministerio de Salud. Norma Higiénico – Sanitaria para Unidades de Salud. Resolución Ministerial No 50. Abril de 1987.
2. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa – 077. Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud. 2011
3. Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Promoción del Uso Racional de los Medicamentos. 2010
4. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa – 088. Norma Técnica y Manual de Procedimientos para el Uso Racional de Insumos Médicos. 2012
5. Nicaragua. Ministerio de Salud. Estrategia para la Contención de la Resistencia Antimicrobiana. Plan de Acción y Marco Conceptual. 2014
6. Acosta S. Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. OMS/OPS. 2011
7. Cometto MC, Gómez PF, Marcon Dal Sasso GT, et al. Enfermería y Seguridad de los Pacientes. OMS/OPS 2011
8. WHO Documents A68/19, A68/20 and A68/20 Corr.1.A68/20. Antimicrobial resistance. Draft global action plan on antimicrobial resistance. Report by the Secretariat. Sixty – Eighth World Health Assembly. 26 March 2015. Disponible en http://apps.who.int/gb/e/e_wha68.html
9. NHMRC (2010) Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare. Commonwealth of Australia. Disponible en <http://www.nhmrc.gov.au>
10. Burnett E. Outcome competences for practitioners in infection prevention and control. Infection Prevention Society and Competency Steering Group. Journal of Infection Prevention. 2011;12 (2): 67-90 Disponible en <http://bjj.sagepub.com/content/12/2/67.full.pdf+html>
11. Didier Pittet, MD, MS; Benedetta Allegranzi, MD; John Boyce, MD; World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and Their Consensus Recommendations Infection Control and Hospital Epidemiology 2009; 30 (7): 611 - 622.
12. Rosenthal VD, Pawar M, Leblebicioglu H, et al. Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Multidimensional Hand Hygiene Approach over 13 Years in 51 Cities of 19 Limited-Resource Countries from Latin America, Asia, the Middle East, and Europe. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2013; 34 (4): 415 – 423.
13. Centre for Communicable Diseases and Infection Control Public Health Agency of Canada. Hand Hygiene Practices in Healthcare Settings. 2012. Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca>
14. The Public Health Agency of Canada (PHAC) Routine Practices and Additional Precautions: Preventing the Transmission of Infection in Health Care. April, 2012
15. Dellit T, Owens R, McGowan J. et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship. Clinical Infectious Diseases 2007; 44:159–77

ANEXOS

XIV. ANEXO 1. Lista de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud sujetas a Vigilancia Epidemiológica.¹

CÓDIGO	IAAS
Infecciones Osteoarticulares	
	Osteomielitis
	Sinovitis infecciosa
	Infección del espacio intervertebral
Septicemia	
	Septicemia confirmada por el laboratorio de bacteriología
Infecciones del sistema nervioso central	
	Infección endocraneal (absceso cerebral, infección subdural o epidural, encefalitis)
	Meningitis o ventriculitis
	Absceso raquídeo sin meningitis
Infecciones por Catéter Venoso (ICV)	
	Infección local por Catéter Venoso
	Infección local por Catéter Venoso Periférico
	Infección generalizada por Catéter Venoso Central
	Infección generalizada por Catéter Venoso Periférico
	Septicemia por Catéter Venoso Central confirmada microbiológicamente
	Septicemia por Catéter Venoso Periférico confirmada microbiológicamente
Infecciones del aparato cardiovascular	
	Infección arterial o venosa
	Endocarditis
	Miocarditis o pericarditis
	Mediastinitis
Infecciones oculares, otorrinolaringológicas o bucales	
	Conjuntivitis:
	Infección ocular distinta de la conjuntivitis
Otitis y mastoiditis	
	Otitis externa
	Otitis media
	Otitis interna
	Mastoiditis
Cavidad bucal (boca, lengua o encías)	
	Infección de la cavidad bucal
Fosas paranasales	
	Sinusitis
Infección del aparato digestivo	
	Infección por <i>Clostridium difficile</i>
	Gastroenteritis
	Infección del aparato digestivo (esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso y recto) excepto gastroenteritis y apendicitis
	Hepatitis
	Infección intra-abdominal no especificada en otra parte: vesícula biliar, vías biliares, hígado (excepto hepatitis vírica), bazo, páncreas, peritoneo, espacio sub-diafragmático u otros tejidos o zonas intra-abdominales no especificados

¹ Definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria de conformidad con la Decisión No 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. Diario Oficial de la Unión Europea. 2012

CÓDIGO	IAAS
Infecciones de las vías respiratorias inferiores, distintas de la neumonía	
	Bronquitis, traqueo-bronquitis, bronquiolitis o traqueítis, sin signos de neumonía:
	Otras infecciones de las vías respiratorias inferiores:
Definiciones de caso específicas de infecciones neonatales	
	Septicemia neonatal
	Septicemia confirmada por el laboratorio
	Septicemia neonatal confirmada por el laboratorio con estafilococo coagulasa negativo
	Neumonía Neonatal
	Enterocolitis necrosante
Neumonía	
	Neumonía
	Neumonía por intubación
Infecciones genitales	
	Endometritis
	Infección de la episiotomía
	Infección del manguito vaginal:
	Otras infecciones genitales masculinas o femeninas (de epidídimo, testículos, próstata, vagina, ovarios, útero u otros tejidos pélvicos profundos, excepto endometritis o infección del manguito vaginal):
Infección del sitio quirúrgico	
	Infección superficial de la herida quirúrgica
	Infección profunda de la herida quirúrgica
	Infección del órgano operado o de la cavidad quirúrgica
Infecciones cutáneas y de partes blandas	
	Infección cutánea
	Infección de partes blandas (fascitis necrosante, gangrena infecciosa, celulitis necrosante, miositis infecciosa, linfadenitis o linfangitis):
	Infección de úlceras de decúbito superficiales y profundas
	Infección de quemaduras:
	Absceso mamario o mastitis:
Infecciones generalizadas	
	Infección diseminada
	Septicemia infantil y del adulto
Infecciones de las vías urinarias	
	Infección sintomática de las vías urinarias confirmada microbiológicamente
	Infección sintomática de las vías urinarias no confirmada microbiológicamente:
Definición de caso genérica de resistencia a los antibióticos	
	Sensible
	Resistente
	Intermedio

ANEXO 2. Medidas de Precaución Estándar y Adicionales según enfermedad infecciosa y tipo de protección

		MEDIDAS DE PRECAUCIÓN ESTÁNDAR Y ADICIONALES				Paciente neutropénico (< 500 neutrófilos), Quemaduras extensas no infectadas
Todas incluyendo: Herpes Zoster localizado, Herpes simple, HIV, Hepatitis		Bacterias multirresistentes, Pediculosis, Escabiosis, Diarrea por <i>C. difficile</i> , Diarrea en pediatría, Infecciones extensas	Tuberculosis Sarampión	Varicela, Herpes zoster (atenuado o inmunosuprimido)	Meningitis bacteriana, Rubeola, Parotiditis	
Enfermedad común						
TIPO DE PROTECCIÓN	ESTÁNDAR	CONTACTO	AEROSOLES	CONTACTO + AEROSOLES	GOTITAS	GOTAS + CONTACTO
Habitación	Común	Individual, común, puertas cerradas	Si no hay sistema de aire: obligatorio puertas cerradas y ventanas abiertas	Si no hay sistema de aire: obligatorio puertas cerradas y ventanas abiertas	Individual, común, puertas cerradas	
Guantes	Riesgo de contacto con sangre o líquidos corporales	Siempre que entre en la habitación y retirar antes de salir	Riesgo de contacto con sangre o líquidos corporales	Siempre que entre en la habitación y retirar antes de salir	Riesgo de contacto con sangre o líquidos corporales	Siempre que entre en la habitación y retirar antes de salir
Batas						
Mascarillas	Riesgo de salpicadura con sangre o líquidos corporales en mucosa oral, nasal y ocular (adicionar protector ocular)		Para no inmunes, la enfermedad especial (N95) Siempre que entre en la habitación	Para no inmunes, la enfermedad especial (N95) Siempre que entre en la habitación	Para no inmunes, enfermedad. Mascarillas quirúrgicas. < 1 m del paciente	
Higiene de manos	Jabón neutro		Jabón con clorhexidina			
Deambulación		Evitar, los profesionales deben usar delantal y guantes				
Transporte	Sin restricción	Evitar, si es necesario, proteger lesiones y contener el drenaje	Evitar, si es necesario pacientes deben usar mascarillas quirúrgicas			

Notas aclaratorias: Ver medidas de precauciones estándares y adicionales por procedimientos clínicos específicos (PUNTO DE ATENCIÓN)

ANEXO 3. Medidas de Prevención y Control de infecciones para trabajadores de salud que atienden a pacientes con enfermedades transmitidas por vía aérea en contextos y procedimientos clínicos específicos (PUNTO DE ATENCIÓN)¹

Punto de Atención	Tipo de protección									
	Higiene respiratoria y de las manos	Guantes	Bata	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla de respiración N95	Protección ocular	Precaución aérea	Separación física (área respiratorio)	Ventilación adecuada (> 12 cambios de aire/hr)	
Recepción				X			X			
Examen físico / triage	X			X			X			
Atención general de enfermería	X			X			X			
Recolección de muestras (sangre)	X	X		X			X			
Nebulización	X			X						
Recolección de muestra (esputo inducido)	X	X	X		X	X	X	X		
Procedimiento o generador de aerosoles	X	X	X		X		X	X	X	
Notas aclaratorias										
	Sin contacto cercano anticipado con el paciente									
	Supone contacto cercano (< 1 metro) con el paciente									
	Procedimiento generador de aerosoles asociado con transmisión de patógenos, por ejemplo, Reanimación Cardiopulmonar Avanzada y procedimientos relacionado tales como, ventilación manual, succión, broncoscopia y autopsia o cirugía que incluya el uso de dispositivos de alta velocidad.									

¹Cometto MC, Gómez PF, MarconDaSasso GT, et al. Enfermería y Seguridad de los Pacientes. OMS/OPS 2011

ANEXO 4. Medidas de Prevención y Control de infecciones para trabajadores de salud que atienden a pacientes con enfermedades transmitidas por contacto en contextos y procedimientos clínicos específicos (PUNTO DE ATENCIÓN)²

Punto de Atención	Tipo de protección							Precaución de contacto
	Higiene de las manos	Guantes	Bata	Mascarilla quirúrgica	Protección ocular	Separación física (área cerradas)		
Recepción								
Examen físico / triage	X	X	X	X				X
Administración medicamentos parenterales	X	X	X					X
Atención general de enfermería	X	X	X	X				X
Transfusiones de sangre	X	X	X					X
Procedimientos invasivos	X	X	X	X	X		X	X
Reanimación Paciente Politraumatizado	X	X	X	X	X		X	X
Notas aclaratorias								
	Sin contacto cercano anticipado con el paciente							
	Para evitar el contacto directo con la sangre y los líquidos corporales del paciente, secreciones, excreciones, mucosas o piel no intacta							
	Cuando existe riesgo de salpicaduras en el rostro del trabajador de la salud							

²Cometto MC, Gómez PF, Marcon Dal Sasso GT, et al. Enfermería y Seguridad de los Pacientes. OMS/OPS 2011

