



**HOSPITAL DE EMERGENCIAS
“Dr. CLEMENTE ÁLVAREZ”**

**RECOMENDACIONES DEL
COMITÉ DE CONTROL
DE INFECCIONES**

NOVIEMBRE DE 2012

RETIRO TAPA EN BLANCO

RETIRO
CONTRATAPA
EN BLANCO



CONTRATAPA EN BLANCO



Redacción inicial

Lic. Gabriela Mereta, Dra. María Claudia Laboranti

Revisión, corrección y ampliación 2003

Dr. Carlos Toni, Lic. José Ugarte, Farm. Alejandra Elizalde, Dr. Daniel Sánchez, Bioq. María Cristina Guardati, Lic. Hugo Meza, Lic. Nilda Buiani, Lic. Norma Méndez, Dr. Sergio Bartolomei, Dr. Domingo Cera, Dr. Cristian Gómez y Dr. Pablo Nadalín

Participación en temas específicos 2003

Dr. Adolfo Wulfson, ("Limpieza y desinfección de endoscopios")

Dr. Osvaldo Freddi, Enf. Antonio Velázquez ("Prevención de infecciones en Unidad de Quemados")

Sra Adriana Aredes, ("Limpieza y desinfección hospitalarias")

ACTUALIZACIÓN GENERAL 2012

Lic. Gabriela Mereta, Dra. María Claudia Laboranti, Dra Mariana Rossi, Dr. Mariano Lodigiani,

PARTICIPACIÓN EN TEMAS ESPECÍFICOS

-Sra. Norma Aguirre, Sra. Adriana Aredes, Sra. Ana Yanevich, Sra Beatriz Armand "Limpieza y desinfección del ambiente"

-Li. Griselda Wertz "Procesamiento de elementos reutilizables"

-Lic. Mercedes Gandini, "Limpieza y desinfección de endoscopios"

-Dr. Alonso, Lic. Graciela Acevedo, Lic. S. Biliato, Dr. Daniel Sánchez, Dr. Gustavo Verduna, Dra. Marcela Fernández, Lic. Fausto Castañeira, Dr. Sergio Bartolomei, Dr. Miguel Garrote "Prevención de la infección de herida quirúrgica"

-Lic. Stella Biliato, Lic. Omar Córdoba, Dr. Daniel Sánchez "Prevención de neumonía intrahospitalaria"

-Lic. Laura Demarchi, Lic. Alejandro Petho, Sandra Oviedo, Lic. César Loaiza, Marina Astrada, Lic. Graciela Franicevich, Luis Ojeda, Raúl Flores "Prevención de infecciones asociadas a accesos vasculares"

-Dr. Sergio Bartolomei "Prevención de infecciones en Hemodiálisis"

-Lic. Gloria Gómez, Lic Elva Ruiz "Prevención de infecciones en Unidad de Quemados"

-Dra Haydée Troncoso "La salud del trabajador de la salud"

-Bioq. María Cristina Guardati "Recolección, conservación y transporte de muestras para bacteriología"

REVISIÓN GENERAL 2012

Dr. Néstor Marchetti, Mag. María Angelina Barbarich, Lic. Hugo Meza, Lic. Stella Biliato, Dr. Andrés Celentano, Bioq. M C Guardati, Dr. Daniel Sánchez, Lic. Mercedes Gandini, Lic. Olga Camponovo, Lic. Susana Quiroga, Lic. Graciela Acevedo, Lic. Nilda Buiani, Farm. Alejandra Elizalde, Dr. Miguel Garrote

***Este material se imprimió gracias al aporte de la Fundación
Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez***

DORSO 01
EN BLANCO

INDICE

La higiene de las manos.....	Pág. 3
El uso de guantes.....	Pág. 6
Limpieza y desinfección del ambiente.....	Pág. 8
Desecho de residuos.....	Pág. 13
Manejo de ropa limpia y sucia.....	Pág. 14
Procesamiento de elementos reutilizables.....	Pág. 15
Limpieza y desinfección de endoscopios.....	Pág. 17
Prevención de la infección de herida quirúrgica	
Prequirúrgico.....	Pág. 18
Intraquirúrgico.....	Pág. 19
Postquirúrgico.....	Pág. 21
Productos recomendados para la antisepsia de la piel y la curación de las heridas.....	Pág. 22
Prevención de infecciones asociadas al uso de sonda vesical.....	Pág. 24
Prevención de neumonía intrahospitalaria.....	Pág. 27
Prevención de infecciones asociadas a accesos vasculares.....	Pág. 31
Nutrición parenteral total.....	Pág. 35
Prevención de infecciones en Hemodiálisis.....	Pág. 36
Prevención de infecciones en Unidad de Quemados.....	Pág. 39
Recomendaciones para el manejo de nutrición enteral.....	Pág. 40
Recolección, conservación y transporte de muestras para bacteriología.....	Pág. 41
Uso adecuado de antibióticos.....	Pág. 51
Aislamiento de enfermedades transmisibles.....	Pág. 53
La salud del trabajador de la salud.....	Pág. 59
Infecciones que el trabajador puede transmitir a sus pacientes.....	Pág. 59
La trabajadora de salud embarazada.....	Pág. 62
Vacunas para el personal de salud.....	Pág. 63
Manejo de accidentes con exposición a fluidos.....	Pág. 64
Control del agua y los alimentos.....	Pág. 66
Transporte de pacientes.....	Pág. 67
Manejo de cadáveres y partes anatómicas.....	Pág. 68

ANEXO

I Profilaxis antibiótica prequirúrgica.....	Pág. 68
II Profilaxis antitetánica.....	Pág. 77
III Productos utilizados para la curación de heridas.....	Pág. 78
IV Solicitud microbiológica.....	Pág. 80

DORSO 02
EN BLANCO

La higiene de las manos

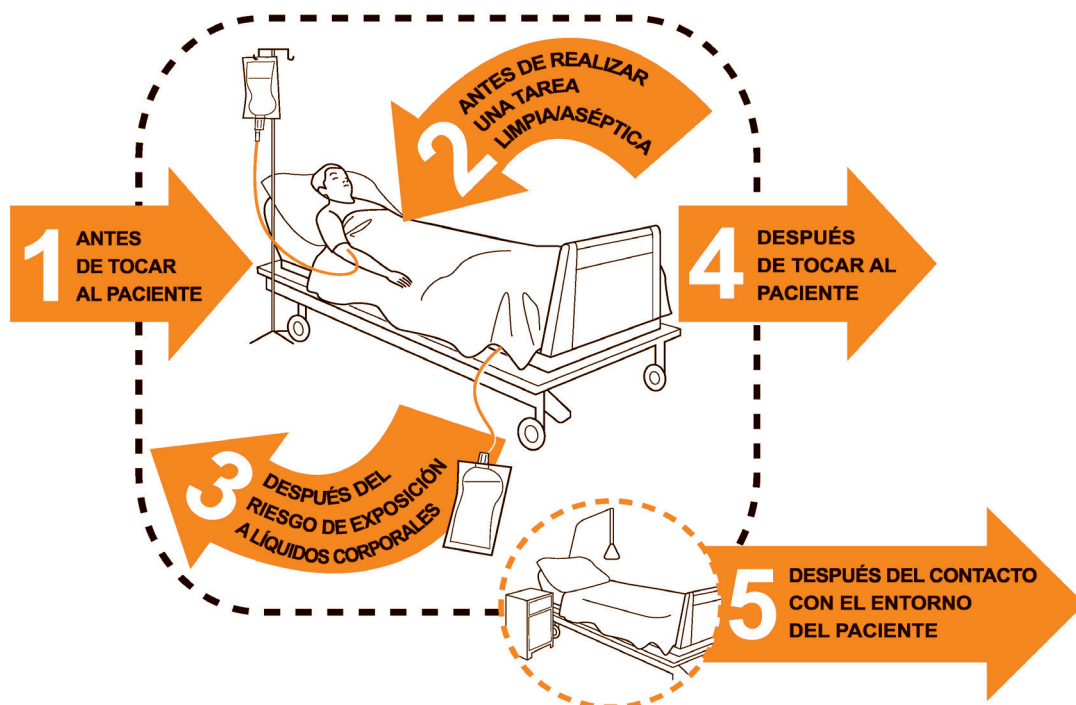
ASPECTO FUNDAMENTAL

Las manos son las principales involucradas en la transmisión de enfermedades infecciosas tanto en el hospital como en la comunidad.

Las manos limpias salvan vidas

RECOMENDACIONES

- ✓ Mantenga sus uñas cortas y sin esmalte.
- ✓ Retire siempre anillos y pulseras antes de la atención a pacientes.
- ✓ Higienice sus manos cada vez que tenga contacto con pacientes y/o elementos contaminados, aunque utilice guantes
- ✓ El frotado con alcohol gel o crema puede reemplazar al lavado con agua y jabón cuando sus manos no estén visiblemente sucias
- ✓ Antes de realizar procedimientos invasivos frote sus manos con alcohol gel o crema.
- ✓ Cuando tenga contacto con pacientes con sospecha o confirmación de colitis pseudomembranosa (causada por *Clostridium difficile*) o con elementos contaminados por éste, utilice agua y jabón, ya que en este caso el frotado con alcohol es inefectivo.
- ✓ No rellene los envases dispensadores de jabón o alcohol, ya que pueden contaminarse durante la manipulación.
- ✓ **Respete los cinco momentos de la higiene de manos:**



Como higienizar sus manos

Las manos limpias le protegen de las infecciones

Protéjase usted mismo

- Limpie sus manos regularmente
- Lave sus manos con agua y jabón, y séquelas completamente.
- Utilice un desinfectante para manos a base de alcohol si no tiene acceso inmediato a agua y jabón.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

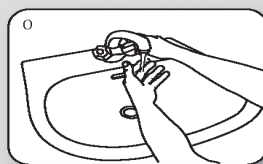


**Organización
Mundial de la Salud**

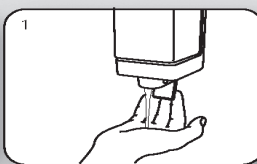
¿Cómo me lavo las manos correctamente ?

Lavarse las manos apropiadamente toma aproximadamente el mismo tiempo que cantar “ cumpleaños feliz” dos veces. Utilice las imágenes a continuación.

Técnica de lavado de las manos con agua y jabón



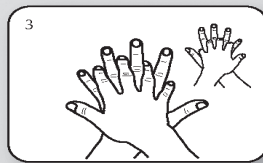
Mójese las manos con agua



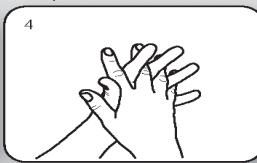
Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos



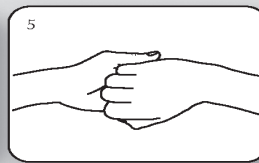
Frótese las palmas de las manos entre sí



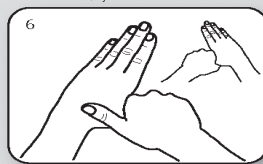
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa



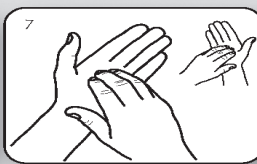
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados



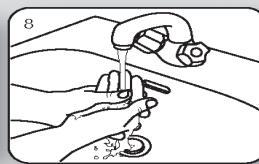
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos



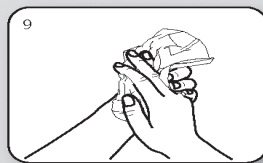
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa



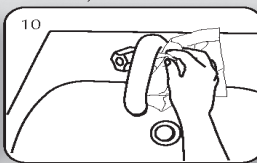
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa



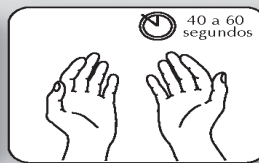
Enjuáguese las manos con agua



Séquelas con una toalla de un solo uso



Sírvasse de la toalla para cerrar el grifo



40 a 60 segundos
...y sus manos son seguras.

Modificado de conformidad con EN1500

Frotado con alcohol

1. *Aplique en sus manos una dosis de alcohol en gel o crema*
2. *Distribúyalo por toda la superficie de las manos friccionándolas vigorosamente hasta que el alcohol se evapore, siguiendo la secuencia de los puntos 2 al 7 de la técnica con agua y jabón*

CUANDO UTILIZAR JABÓN COMUN O ALCOHOL

LAVADO CON JABÓN COMÚN	FROTADO ANTISEPTICO
<ul style="list-style-type: none">*Al llegar de la calle*Antes y después de ir al baño*Al retirarse del área de trabajo*Antes de comer, manipular o administrar alimentos*Antes y después de fumar*Antes y después de tener contacto con pacientes para prácticas no invasivas como:<ul style="list-style-type: none">-control de signos vitales-auscultación-examen o contacto con piel sana-movilización o masajes de confort-preparación y administración de medicación vía oral*Después de efectuar registros y manipular archivos de papeles*Antes de manipular ropa limpia*Después de tener contacto con mucosas propias (sonarse la nariz, taparse la boca para estornudar, etc.)*Mucamas y operarios de limpieza, después de retirarse los guantes	<ul style="list-style-type: none">*Antes de tener contacto con pacientes inmunocomprometidos*Aunque se usen guantes, antes y después de prácticas invasivas como:<ul style="list-style-type: none">-colocar y manipular catéteres (vasculares, urinarios, lumbares, ventriculares, drenajes)-efectuar curaciones-realizar procedimientos invasivos-tomar muestras para cultivo*Antes de preparar y administrar medicación inyectable y sueros*Después de tener contacto con pacientes con precauciones especiales*Antes de manipular material estéril (paquetes de ropa, gasas, cajas con instrumental, etc.)*Antes y después de manipular elementos de terapia respiratoria en uso como:<ul style="list-style-type: none">-nebulizadores-circuitos de respirador-humidificadores-tubos endotraqueales*Antes de manipular o cambiar guías de suero o conectores*Después de procesar o tener contacto con elementos contaminados o material biológico como sangre, orina, materia fecal, LCR, etc.

El uso de guantes

ASPECTO FUNDAMENTAL

El uso de guantes disminuye la posibilidad de transmisión de microorganismos a través de las manos, pero su uso inadecuado puede aumentar los casos de infección.

El uso de guantes no reemplaza el lavado de las manos ni antes ni después de cualquier práctica.

RECOMENDACIONES

- ✓ No utilice guantes rutinariamente para contacto con piel sana, controlar signos vitales ni para cualquier otra tarea que no implique contacto con fluidos biológicos o elementos contaminados o situaciones específicas de riesgo.
- ✓ Cambie sus guantes entre un paciente y otro y entre tareas sucias y limpias con un mismo paciente
- ✓ Descarte los guantes o manoplas inmediatamente después de efectuar la tarea para la cual fueron colocados. No intente lavarlos o desinfectarlos.
- ✓ Si no contienen restos de sangre o fluidos, pueden ser descartados en bolsa negra como residuo común, salvo indicación contraria.

CUANDO USAR MANOPLAS O GUANTES

USO DE MANOPLAS DE POLIETILENO	USO DE GUANTES DE EXAMINACION	USO DE GUANTES ESTERILES
*vaciado de bolsas colectoras de orina, chatas y orinales *transporte de material biológico *retiro de curaciones *cambio de apósitos perineales (sin higiene) *cambio de sachet de sonda naso gástrica *retiro de sondas	*colocación de vías periféricas *aspiración de secreciones *colocación de sonda naso gástrica y naso duodenal *curación de heridas *curación de vías *extracción de muestras para laboratorio *higiene *contacto con pacientes portadores de <i>Enterococo Vanco Res</i> *manipulación de elementos contaminados *entubación endo traq.	*procedimientos quirúrgicos *colocación de sonda vesical *curación de heridas en las que se manipulen las gasas *colocación de vías centrales *colocación de vías periféricas en pacientes inmunocomprometidos *cuidado de catéteres para nutrición parenteral total *habilitación de catéteres de larga permanencia

RECUERDE

- ⇒ *Los guantes y manoplas deben ser colocados inmediatamente antes de efectuar el procedimiento en cuestión, es decir que, primero se deben preparar todos los elementos de trabajo, ir hasta la unidad del paciente, descubrirlo y luego recién ponérselos.*
- ⇒ *Los guantes y manoplas deben permanecer en un lugar limpio hasta su utilización, por ejemplo su envase original u otro recipiente (bolsa o caja) destinado para tal fin o sobre una bandeja limpia, y nunca sueltos en los bolsillos o carros, ya que pueden contaminarse antes de su uso.*

Limpieza y desinfección del ambiente

ASPECTO FUNDAMENTAL

Muchos brotes de infección hospitalaria han sido originados en reservorios ambientales.

La higiene hospitalaria, es uno de los puntos claves en el control de infecciones, ya que todo aquello que se encuentre limpio y seco no desarrollará gérmenes que puedan producir infecciones en los pacientes o el personal.

Una atención de salud limpia es una atención segura

RECOMENDACIONES

PERSONAL

- ✓ Si usted va a realizar tareas de limpieza asegúrese de:
 - Recibir capacitación formal al ingresar a la institución y cada vez que sea trasladado a un área con características particulares, además de actualizaciones periódicas.
 - Estar inmunizado contra hepatitis B,
 - Lavar sus manos con frecuencia durante la tarea (cuando finaliza la limpieza, luego de retirarse los guantes, antes de comer, etc.)

VESTIMENTA

- ✓ **No utilice guantes de látex descartables** (salvo en circunstancias particulares que se detallan más adelante), ya que no son seguros para su tarea.
- ✓ Use guantes de goma resistentes y botas de goma o similar.
- ✓ Si observa habitaciones o sectores con advertencias especiales y tiene dudas, asesórese bien antes de entrar sobre que cuidados debe tener.
- ✓ En quirófano y otras áreas especiales la mucama deberá vestirse, según las especificaciones, como el resto del personal.

ASPECTOS GENERALES

- ✓ Utilice métodos húmedos de limpieza, que eviten la dispersión de polvo. No use plumero, escobillón u otros métodos secos en áreas técnicas y de atención a pacientes.
- ✓ Para las áreas generales como oficinas, salas de espera, pasillos, aulas de docencia o dormitorios de personal, puede utilizar productos de uso doméstico.
- ✓ Los pisos, paredes, puertas y ventanas de todas las áreas, ya sea generales, técnicas o de atención a pacientes no requieren desinfección (sólo en caso de contaminación con fluidos biológicos) por lo tanto puede limpiarlos con detergente común.
- ✓ Las áreas de atención a pacientes y las áreas técnicas donde se manipulan fluidos biológicos (unidades de internación, laboratorio, salas de diagnóstico, consultorios, quirófanos, etc.) sí requieren desinfección además de limpieza. En estas áreas utilice productos que cumplan ambas

funciones (limpiar y desinfectar), como los amonios cuaternarios de última generación.

- ✓ Efectúe la limpieza desinfección en camas, colchones, paneles, mesitas, mesadas y otras superficies que tengan contacto directo o indirecto con los pacientes, o que sean frecuentemente tocadas por el personal asistencial como picaportes, manijas y teléfonos, también para los office y baños.
- ✓ Diluya y aplique el limpiador desinfectante según indicaciones del fabricante.
- ✓ **Recuerde que los lugares donde se aplique este producto deben ser lavados con detergente y enjuagados con agua periódicamente (una vez a la semana por ejemplo) para eliminar la película que se forma con su uso continuo.**
- ✓ Si es necesario, complete a limpieza de los baños y las piletas en general con polvo o crema abrasivos.
- ✓ Efectúe la limpieza desde las áreas más limpias a las más sucias.
- ✓ **Tenga en cuenta que sólo los elementos que toca el paciente directa o indirectamente, representan un riesgo real para la transmisión de las infecciones y no así el piso, las paredes o las ventanas.**
- ✓ Utilice paños diferentes para la limpieza y desinfección de distintas áreas (unidad del paciente - baños - office de enfermería, por ejemplo)
- ✓ Lave y deje secar los paños entre usos

PISOS

- ✓ Límpielos una vez por turno y cada vez que se encuentren visiblemente sucios, con el producto que se designe para ello
- ✓ Se pueden encerar siempre que se haya realizado una adecuada limpieza.

PAREDES Y TECHOS

- ✓ Es importante que se encuentren en buen estado para prevenir la acumulación de suciedad, especialmente en áreas críticas como Quirófanos, Esterilización, Quemados, Hemodiálisis y Unidad de Terapia Intensiva. Utilice para su limpieza detergente común.
- ✓ Los techos y parte alta de las paredes deben verse limpios y libres de hongos, la limpieza debe efectuarse con detergente común por lo menos cada 6 meses o cuando estén visiblemente sucios. No requieren desinfección.

BAÑOS

- ✓ Límpielos dos veces por día y cuando se encuentren visiblemente sucios. Para su limpieza es adecuado el limpiador desinfectante y el polvo o crema abrasivos.

UNIDAD DEL PACIENTE

- ✓ Está compuesta por la cama, mesa de luz, mesa de comer, pie de sueros, panel y otros equipos utilizados en su atención.
- ✓ Limpie todas las superficies en forma diaria y cada vez que se encuentren visiblemente sucias.

LIMPIEZA TERMINAL

- ✓ Es la limpieza que se efectúa cuando un paciente se va de alta, es trasladado a otra habitación o finaliza la indicación de precauciones especiales.

- ✓ Si el paciente estuvo bajo recomendación de precauciones especiales, siga las mismas medidas protección que usó cuando el paciente estaba en la habitación.
- ✓ Limpie todas las superficies y los elementos reutilizables (frascos de aspiración, orinales, chatas, etc.) con el limpiador desinfectante.
- ✓ La rutina de lavado de paredes y ventanas no está indicada, límpielas cuando estén visiblemente sucias.
- ✓ La aireación de la habitación al alta de un paciente no es efectiva ni necesaria, luego de la limpieza terminal, una vez que el piso y las superficies estén secas, ya podrá ser utilizada por otro paciente.

LIMPIEZA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE CON PRECAUCIONES ESPECIALES

- ✓ Limpie estas unidades en cada turno.
- ✓ Antes de ingresar a una habitación con medidas de precaución especiales, asesórese de los cuidados a seguir .
- ✓ Utilice doble par de guantes de látex descartables
- ✓ Limpie primero las habitaciones de pacientes con precauciones de protección (inmunocomprometidos).
- ✓ Limpie al final las habitaciones de pacientes con otro tipo de precaución (infectados)
- ✓ Utilice la técnica de limpieza convencional, excepto los casos detallados a continuación

LIMPIEZA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE CON DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE (Precauciones de contacto CD)

- ✓ Respete estrictamente las medidas de precaución establecidas (equipo de protección personal, lavado de manos)
- ✓ Utilice doble par de guantes de látex descartables.
- ✓ Asigne elementos de limpieza exclusivos, manténgalos en la habitación hasta el alta del paciente, luego deséchelos
- ✓ Realice la limpieza con la técnica de doble trapo, limpiando primero con detergente y desinfectando luego con hipoclorito de sodio 20 ml / litro de agua (1000 ppm)
- ✓ Ponga especial énfasis en el colchón, sobre todo si es inflable

PROCEDIMIENTO FRENTE A DERRAME DE SANGRE O FLUIDOS

- ✓ Colóquese doble par de guantes de látex descartables
- ✓ Asegúrese que no haya elementos corto punzantes. Si hubiera alguno, tómelos con una pinza y descártelos en recipiente destinado para tal fin.
- ✓ Absorba el derrame con toallas de papel
- ✓ Descarte las toallas y los guantes en bolsa roja
- ✓ Higienice sus manos
- ✓ Proceda a la limpieza / desinfección utilizando los elementos y técnica convencionales

LIMPIEZA DE EQUIPOS

- ✓ Todos los equipos eléctricos o electrónicos **pueden y deben** ser limpiados y desinfectados con frecuencia, especialmente aquellas partes que son tocadas habitualmente, como teclas, botones, perillas, manijas y pantallas táctiles.

- ✓ Limpie y desinfecte las superficies externas de los equipos (lámparas, respiradores, bombas de infusión, monitores, equipos de RX y otros, incluyendo sus cables) utilizando un paño que no deje pelusa apenas húmedo con limpiador desinfectante a base de amonios cuaternarios
- ✓ Respete, si las hubiera, las recomendaciones que da el fabricante.
- ✓ Si los equipos estuvieran en funcionamiento, conectados a un paciente, asegúrese de que haya cerca un personal de enfermería para poder solucionar algún problema que pudiera ocurrir.

METODO DE LIMPIEZA / DESINFECCION (UNIDAD DEL PACIENTE)

Equipo:

- Guantes de goma resistentes
- Paños en número según áreas a limpiar
- Recipiente con limpiador / desinfectante a base de amonios cuaternarios diluido según especificaciones del fabricante (en balde o vaporizador de mano)
- Balde con agua
- Polvo o crema abrasivos para lavamanos y sanitarios
- Escobilla para baño
- Trapo de piso
- Secador de piso
- Producto para limpieza de pisos

Procedimiento:

- Prepare todos los elementos necesarios
- Diríjase hacia el lugar por donde se comenzará la tarea
- Colóquese los guantes
- Moje uno de los paños con el limpiador / desinfectante y frote todas las superficies que rodean al paciente, (cama, mesa de luz, repisas, mesa de comer, etc.), panel incluyendo el frasco de aspiración y otras superficies visiblemente sucias.
- Enjuague periódicamente el paño con agua limpia.
- Al terminar con la habitación, diríjase al baño
- Limpie el lavamanos con la misma técnica y el paño correspondiente
- Frote sanitarios, chatas, orinales y brocales, utilizando la escobilla para la parte interna de los mismos
- Utilice polvo o crema abrasivos si es necesario
- Limpie el piso con el producto asignado
- Antes de pasar a otra habitación o área lave los paños y el balde.
- Al terminar la limpieza de todo el sector, coloque el balde boca abajo y extienda los trapos para que se sequen.

METODO DE DOBLE TRAPO (sólo en caso de no usar limpiador-desinfectante)

Equipo:

- Guantes de goma resistentes
- Paños en número según áreas a limpiar para limpieza y para enjuague y desinfección
- 2 Baldes con agua tibia

- Solución limpiadora (detergente)
- Solución desinfectante (hipoclorito de sodio o lavandina 60gr / litro)
- Polvo o crema abrasivos para lavamanos y sanitarios
- Escobilla para baño
- Trapo de piso
- Secador de piso
- Producto para limpieza de pisos

Procedimiento:

- Prepare todos los elementos necesarios
- Diríjase hacia el lugar por donde se comenzará la tarea
- Colóquese los guantes
- En uno de los baldes agregue escasa cantidad de detergente suficiente como para hacer espuma
- Moje uno de los paños y frote todas las superficies que rodean al paciente, (cama, mesa de luz, repisas, mesa de comer, etc.), panel incluyendo el frasco de aspiración y otras superficies visiblemente sucias.
- Enjuague utilizando otro trapo y el balde con agua limpia.
- Limpie el lavamanos con la misma técnica y el paño correspondiente
- Frote sanitarios, chatas, orinales y brocales, utilizando la escobilla para la parte interna de los mismos
- Cambie el agua del balde usado para el enjuague y agregue hipoclorito de sodio en proporción de 2 ml por litro de agua (100 ppm aprox.). En caso de la unidad del paciente portador de *Clostridium difficile* la proporción es de 20 ml por litro de agua (1000 ppm)
- Repase con esta solución todas las superficies limpiadas anteriormente
- Limpie el piso con el producto asignado
- Antes de pasar a otra habitación o área lave los paños y el balde.
- Al terminar la limpieza de todo el sector, coloque el balde boca abajo y extienda los trapos para que se sequen.

Desecho de residuos

ASPECTO FUNDAMENTAL

Basándose en la evidencia epidemiológica y microbiológica disponible, sólo los desechos corto punzantes contaminados representan un riesgo real para la transmisión de patógenos.

La adecuada clasificación, manipulación y tratamiento de los residuos generados en el hospital, evita riesgos y disminuye los costos.

RECOMENDACIONES.

- ✓ Disponga los **ELEMENTOS CORTOPUNZANTES** (hojas de bisturí, agujas, mandriles, etc.) en **descartadores adecuados, inmediatamente luego de ser utilizados**. No utilice descartadores alternativos como botellas o cajas que pudieran ocasionar accidentes. Asegúrese de disponer de un descartador con orificios apropiados a las características de los elementos que usted va a desechar.
- ✓ En **BOLSA NEGRA** (residuos compatibles con domiciliarios), deseche todos los elementos que **no** tengan restos de sangre, fluidos o secreciones
- ✓ En **BOLSA ROJA** (residuos biocontaminados), deseche todos los elementos que **sí** tengan restos de **sangre, fluidos o secreciones** y los **descartadores de corto punzantes llenos y cerrados**.
- ✓ En **BOLSA AMARILLA** (residuos peligrosos), deseche los elementos que contengan restos de drogas citostáticas, restos de mercurio y otras sustancias peligrosas.

Manejo de ropa limpia y sucia

ASPECTO FUNDAMENTAL

Pocos informes aportan evidencia que responsabilice a la ropa de cama como transmisora de infecciones dentro del hospital. El mayor riesgo lo constituyen los elementos corto punzante que pudieran estar ocultos entre la ropa sucia.

RECOMENDACIONES

MANEJO DE ROPA LIMPIA

- ✓ Mantenga la ropa limpia embolsada hasta su uso.
- ✓ No apoye la ropa limpia en el piso, ni en las camas o mesas de otros pacientes, ni sobre su cuerpo.
- ✓ Higienice sus manos antes de manipular ropa limpia

MANEJO DE ROPA SUCIA

- ✓ Trate toda la ropa sucia proveniente de pacientes de igual manera.
- ✓ Coloque la ropa sucia en bolsas de plástico, evitando contaminar la parte externa de las mismas y las superficies que rodean al paciente (mesas, piso, etc.).
- ✓ Mantenga la ropa proveniente de pacientes con pediculosis o escabiosis embolsada en el baño del paciente por 24 horas antes de enviarla al lavadero.
- ✓ Deposite la ropa sucia en los contenedores correspondientes.
- ✓ No está recomendado el conteo de la ropa sucia

COLCHONES Y ALMOHADAS

- ✓ Deberán estar forrados en cuerina o material fácilmente lavable y estar en buen estado. Al alta del paciente deberán ser lavados y desinfectados dentro de la unidad del paciente.
- ✓ En caso de rotura del material de cobertura envíelos inmediatamente a ropería para su lavado y arreglo.

Procesamiento de elementos reutilizables

ASPECTO FUNDAMENTAL

Las infecciones que ocurren como consecuencia de la desinfección o esterilización incorrectas de elementos reutilizables son frecuentes y prevenibles.

De acuerdo al riesgo de infección que su uso significa para el paciente, los elementos se clasifican en críticos, semicríticos y no críticos, requiriendo esterilización o desinfección de diferente nivel, según el caso.

Ningún procedimiento de desinfección o esterilización es efectivo si previamente no se efectúa una correcta limpieza.

RECOMENDACIONES

- ✓ Todos los elementos utilizados en la atención de pacientes deben ser procesados según corresponda, antes de pasar a otro paciente.

PRELAVADO

- ✓ Enjuague los elementos reutilizables que contengan restos de sangre o secreciones luego de ser utilizados, para arrastrar la mayor parte de materia orgánica antes de que se seque sobre el objeto. Esto brinda seguridad al operador que los lavará posteriormente, facilita su tarea y prolonga la vida útil de los elementos.
- ✓ Realice esta tarea en el área “sucia” del lugar donde el elemento fue utilizado (quirófanos, sala de internación, guardia, consultorio, etc.).
- ✓ Utilice guantes de examinación y otros elementos de barrera si fuera necesario.

LAVADO

- ✓ El lavado, acondicionamiento y tratamiento final de los elementos será efectuado por personal entrenado para dicha tarea en el Servicio de Esterilización, de acuerdo a protocolos del área.

TRATAMIENTO FINAL

- ✓ Todos los instrumentos o materiales que ingresen o tengan contacto con tejidos o cavidades estériles (**críticos**) deben ser **esterilizados** con vapor a presión (autoclave), calor seco (estufa) o gas (óxido de etileno)
- ✓ Las opciones para los elementos que tengan contacto con mucosa sana o piel no intacta (**semicríticos**) son:
 - ***esterilización**, siempre que las características del elemento lo permita, ó
 - ***desinfección de alto nivel** por inmersión en glutaraldehído al 2% o en ácido peracético (endoscopios, broncoscopios, cistoscopios, transductores transesofágico y transvaginal, termómetros rectales, etc.)
- ✓ Los elementos que tengan contacto con piel sana como termómetros, estetoscopios, y otros (**no críticos**) deberán ser sometidos a **desinfección de bajo nivel** con alcohol al 70 %

TRATAMIENTO FINAL INDICADO PARA ALGUNOS ELEMENTOS SEGUN CATEGORIAS

CATEGORIA	ELEMENTO	TRATAMIENTO FINAL INDICADO (LUEGO DEL LAVADO)
NO CRITICOS	Chatas, orinales, brocales, frascos de aspiración	*Desinfección de bajo nivel - <i>Amonio cuaternario</i>
	Termómetros	*Desinfección de bajo nivel - <i>Frotado con alcohol 70%</i>
	Estetoscopio, dedal de pulsioxímetro, cables de monitor	*Desinfección de bajo nivel - <i>Frotado con alcohol 70%</i>
	Tensiómetros	*Desinfección de bajo nivel - <i>Frotado con alcohol 70%</i> <i>Mandar el manguito de tela al lavadero</i>
SEMICRITICOS	Frascos de oxígeno, máscaras, nebulizadores bolsas de resucitación, mandril para tubo ET	*Esterilización
	Fibroskopios, broncoskopios, transductores transesofágicos y transvaginales, cistoscopios, termómetro rectal	*Esterilización o *Desinfección de alto nivel por inmersión en: - <i>Glutaraldehído 2% de 5 a 20 min (s/ fabricante) ó</i> - <i>Acido peracético 15 min</i>
	Rama de laringoscopio Hojas cortadora de pelo	*Desinfección de nivel intermedio - <i>Inmersión en Alcohol 70% 10 min</i>
CRITICOS	Instrumental quirúrgico, fórceps para biopsia, transductores de presión	*Únicamente esterilización por el método adecuado en cada caso - <i>Vapor a presión</i> - <i>Calor seco</i> - <i>Oxido de etileno</i>

Limpieza y desinfección de endoscopios

ASPECTO FUNDAMENTAL

Las complicaciones infecciosas asociadas a endoscopia no son frecuentes, pero en casos de brotes se las ha podido relacionar con errores cometidos en los procesos de limpieza y desinfección.

RECOMENDACIONES

- ✓ Siga los protocolos del servicio:
- ✓ Desarme las partes que lo permitan
- ✓ Revise la integridad del endoscopio.
- ✓ Realice la limpieza mecánica de las superficies externas con agua y detergente enzimático después de cada uso, utilizando una jeringa y un cepillo para irrigar y limpiar el interior de los canales y la punta del endoscopio.
- ✓ Siga las indicaciones del fabricante del detergente enzimático en cuanto a dilución, temperatura del agua y tiempo de inmersión necesario.
- ✓ Enjuague con agua corriente y seque con aire forzado
- ✓ Controle la actividad del glutaraldehído con las tiras reactivas provistas por el fabricante
- ✓ Sumerja el endoscopio en glutaraldehído al 2% durante el tiempo que recomiende el fabricante (entre 5 y 20 minutos), asegurándose que tome contacto con todas las superficies externas e internas. Utilice una jeringa para irrigar los canales. También puede utilizarse ácido peracético en inmersión de 15 minutos.
- ✓ Retire el endoscopio y enjuáguelo por inmersión en agua estéril (3 veces).
- ✓ Seque con aire forzado las superficies externas e internas del endoscopio y guárdelo colgado de manera de evitar su posterior contaminación.

IMPORTANTE

- ✓ Si el proceso de limpieza no fue satisfactorio, tampoco lo será la desinfección de alto nivel.
- ✓ Los fórceps de biopsia y otros elementos que entren en la categoría de críticos deben ser sometidos a esterilización con el método que corresponda.

PRECAUCIONES PARA EL MANEJO DE GLUTARALDEHIDO

- ✓ Asegúrese de haber recibido capacitación específica antes de exponerse al glutaraldehído
- ✓ Utilícelo sólo en áreas con ventilación forzada (sala de procesamiento de gastroenterología, bajo la campana), ya que la exposición a sus vapores es tóxica e irritante.
- ✓ Para evitar el contacto del glutaraldehído con piel y mucosas, incluya en su vestimenta: barbijo de alta eficacia (N 95), gafas o antiparras, guantes resistentes y bata plástica.

Prevención de la infección de herida quirúrgica

Prequirúrgico

ASPECTO FUNDAMENTAL

La preparación adecuada de la piel junto con la profilaxis antimicrobiana puede disminuir la incidencia de infección de heridas tanto superficiales como profundas después de ciertos procedimientos quirúrgicos.

RECOMENDACIONES

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- ✓ Ante una operación electiva, se deben detectar y tratar todas las infecciones que pudiera tener el paciente. Se excluyen aquellas por las cuales se indica la operación.
- ✓ En operaciones electivas, la estadía del paciente en el hospital debe ser lo más breve posible, haciendo los exámenes prequirúrgicos de manera ambulatoria.
- ✓ Chequee la cobertura antitetánica. Si no es adecuada y la cirugía es de urgencia, aplique gammaglobulina y vacuna y recomiende la continuación del esquema. Si no es de urgencia, recomiende el esquema de vacunación que corresponda, pudiéndose aplicar el toxoide o doble adultos por lo menos 15 días antes de la operación (ver Anexo II, pág. 77).
- ✓ No rasure ni remueva el pelo antes de la operación, a menos que interfiera con el procedimiento.
- ✓ Si decide remover el pelo, hágalo inmediatamente antes del acto quirúrgico, con tijera o cortadora eléctrica. Si la cortadora no es descartable, debe ser lavada y sometida a desinfección entre un uso y otro.
- ✓ No utilice rasuradoras de hoja o bisturí
- ✓ Bañe o haga bañar al paciente con jabón común lo más cercano posible al momento de la cirugía, poniendo especial énfasis en los pliegues inguinales, axilas, región genital y uñas. Se deberá quitar previamente todo tipo de alhajas y no se podrá colocar talcos, perfumes, desodorantes u otros.
- ✓ Deberá secarse con toalla o sábana limpia, colocarse bata limpia y acostarse sobre sábanas limpias.
- ✓ Asegúrese de que el paciente se traslade en camilla limpia, con sábanas limpias de uso exclusivo para él.
- ✓ En quirófano, lave meticulosamente la zona anatómica de la cirugía y su alrededor con iodopovidona jabonosa o clorhexidina al 4 % y enjuague, antes de la preparación de la piel con antiséptico.
- ✓ Utilice solución de iodopovidona, o alcohol al 70 % en caso de alergia al yodo, para preparar la piel del paciente. Si se dispone de gluconato de clorhexidina al 2 % en solución acuosa o alcohólica, es la mejor opción.

- ✓ Aplique el antiséptico en círculos concéntricos moviéndose hacia la periferia.

LAVADO ANTISÉPTICO DE MANOS

- ✓ Mantenga sus uñas cortas. Si se utilizan cepillos para su limpieza, éstos deben estar esterilizados y desecharse o reprocesarse luego de cada uso.
- ✓ Lave sus manos con gluconato de clorhexidina al 4% en las piletas destinadas a tal fin, durante 5 minutos en el primer lavado del día y durante 3 minutos en los siguientes. Si no hubiera disponibilidad de clorhexidina, utilizar iodopovidona solución jabonosa. **No utilice cepillos para el lavado de manos.**
- ✓ Luego del lavado, séquelas con toallas o compresas estériles, el camisolín se colocará recién cuando las manos estén totalmente secas, porque la tela húmeda deja de actuar como barrera. (ver técnica en "El lavado manos", pág.)
- ✓ Si se dispone de un producto para "lavado seco" aprobado para uso quirúrgico, siga las instrucciones del fabricante en cuanto a modo de uso.

MANEJO DEL PERSONAL DE QUIRÓFANO COLONIZADO O INFECTADO

- ✓ Si usted presenta signos o síntomas de enfermedad infecciosa o lesiones de piel que pudieran estar colonizadas deberá comunicarlo a su superior y, mientras tanto no deberá participar en procedimientos quirúrgicos.

PROFILAXIS ANTIMICROBIANA

- ✓ Administre profilaxis antibiótica sólo cuando esté indicado, de acuerdo a consenso elaborado en el año 2009. (ver Anexo I, pág. 68)
- ✓ Administre la primera dosis del antibiótico por vía endovenosa, de manera que llegue a concentraciones adecuadas en suero y tejidos al momento de la incisión (entre 30 min. y 1 hora antes de efectuar la incisión, durante la inducción anestésica), y repetir tantas dosis como sea necesario para mantener niveles terapéuticos durante la operación y hasta una hora luego del cierre de la incisión.
- ✓ En cirugías traumatológicas en las que se utilizará venda de Smarch, administrar el antibiótico 1 hora antes de colocar la misma.

Intraquirúrgico

ASPECTO FUNDAMENTAL

La mayoría de las infecciones quirúrgicas ocurren durante el procedimiento mismo. Las buenas prácticas dentro del quirófano disminuyen las tasas de infección.

RECOMENDACIONES

VENTILACIÓN Y CALIDAD DEL AIRE

- ✓ Mantenga las puertas y ventanas cerradas.
- ✓ Limite el número de personas dentro del quirófano (nunca más de 10).
- ✓ Evite hablar y desplazarse en exceso

- ✓ Minimice la apertura de puertas y el ingreso de personas durante el procedimiento.

- ✓ Mantenga una temperatura entre 18°C y 24°C

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES AMBIENTALES

- ✓ No debe diferenciarse la limpieza luego de cirugías limpias o sucias.
- ✓ Todas las cirugías son potencialmente contaminadas.
- ✓ Todas las superficies del quirófano deben estar siempre limpias, libres de pelusa o polvillo.
- ✓ Limpiar y desinfectar los quirófanos luego de cada cirugía. (ver "Limpieza y desinfección del ambiente", pág. 8)
- ✓ Una vez secos se podrán volver a utilizar, sin importar qué cirugía que se realizó antes.

MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

- ✓ No es necesario el muestreo ambiental de la sala de operaciones, sino sólo como parte de una investigación epidemiológica.

VESTIMENTA

- ✓ Utilice **barbijos** de triple capa y con tablas, que tapen boca, nariz y barba. Deben estar correctamente colocados todo el tiempo que se permanezca en el área limpia (quirófanos y pasillo), especialmente si hay material estéril expuesto o la cirugía está próxima a comenzar, y se cambiarán cuando estén húmedos ya que pierden efectividad (por eso hay que hablar lo menos posible).
- ✓ Use **gorro** que cubra totalmente el cabello.
- ✓ El equipo quirúrgico debe usar **guantes estériles**, descartables, y cambiarlos ante cualquier evidencia de ruptura o pinchadura, cuando se pase de trabajar de tejidos sucios a limpios y luego de transcurridas 3 horas de cirugía.
- ✓ Todo el personal de quirófanos deberá utilizar **ambos** exclusivos para el área (bicolor), que deberá cambiar al salir de la misma y volver a colocar si regresa.
- ✓ Coloque la chaqueta dentro del pantalón.
- ✓ Cambie su ambo cuando esté transpirado o sucio, luego de cirugías sucias, y cuando haya abandonado el área quirúrgica por alguna urgencia con ropa que es exclusiva de circulación en la misma.
- ✓ Evite usar otra ropa bajo el ambo (ej: camisetas) o de sacos de lana. En caso de que se necesite abrigo se utilice un camisolín limpio.
- ✓ No es necesario que utilice botas, siempre que cuente con un par de zapatos de uso exclusivos para el área.
- ✓ Recuerde utilizar protección ocular si existe riesgo de salpicar sus mucosas con sangre o fluidos, considerando que todo paciente es posible fuente de contaminación.

TECNICA QUIRÚRGICA

- ✓ Minimice el daño. Para ello se recomienda reducir la duración de la cirugía, manipular los tejidos con suavidad, evitar el sangrado, erradicar los espacios muertos, minimizar el uso de electrobisturí y remover el tejido desvitalizado.

- ✓ Coloque drenajes cuando sea estrictamente necesario, por contrabertura y mediante sistemas de succión cerrados; retírelos lo antes posible
- ✓ Demore el cierre primario de la herida sólo si el sitio quirúrgico está fuertemente contaminado

Postquirúrgico

ASPECTO FUNDAMENTAL

Aunque la contaminación de una herida cerrada primariamente dentro del quirófano ocurre raramente, es recomendable mantener las condiciones asépticas durante las primeras 24 o 48 horas.

RECOMENDACIONES

- ✓ Proteja la herida con cierre primario con apósitos estériles las primeras 24 ó 48 horas del postoperatorio.
- ✓ La herida con cierre primario podrá mojarse una vez que el cirujano indique dejar al aire. Siempre higienice sus manos antes y después de curar o tener contacto con las heridas.
- ✓ Utilice técnica estéril para la curación de las heridas (guantes o pinzas estériles o técnicas de no tocar).
- ✓ La curación deberá ser oclusiva por los bordes.
- ✓ Cambie la curación si hay signos o síntomas de complicación o si está sucia o mojada.
- ✓ Ante sospecha de infección tome una muestra por punción y aspiración o, si los puntos están recién retirados, por hisopado profundo. Nunca hisope una herida abierta anteriormente.
- ✓ Tenga presente que cuando existe infección de herida, el personal puede transmitir los gérmenes responsables de la misma a otros pacientes a través de sus manos.
- ✓ Eduque al paciente y su familia en el cuidado de la herida, signos y síntomas de infección y la necesidad de informar acerca de los mismos.

Productos recomendados para la antisepsia de la piel y la curación de las heridas

ASPECTO FUNDAMENTAL

Los antisépticos se aplican sobre piel y tejidos, los desinfectantes sobre superficies y elementos. Algunos productos son aptos para los dos propósitos.

Las heridas libres de tejido desvitalizado e infección y mantenidas en condiciones adecuadas de humedad y PH curan más rápidamente.

El uso de antisépticos en heridas abiertas todavía está en discusión. Existe evidencia de que, “in vitro”, los antisépticos son tóxicos para las células esenciales para la curación, pero estos resultados no se han podido correlacionar con experiencias “in vivo”.

PRODUCTOS COMUNMENTE UTILIZADOS, CARACTERISTICAS. (ver Anexo III)

RECOMENDACIONES

- ✓ Libere a las heridas de tejido desvitalizado mediante escisión quirúrgica o lavados de arrastre con solución fisiológica.
- ✓ En heridas abiertas, efectúe curaciones húmedas con solución fisiológica o apósitos especiales.
- ✓ No aplique antisépticos ni productos no compatibles como el ácido bórico
- ✓ Mantenga seca la piel circundante
- ✓ En caso de infección efectúe tratamiento específico,
- ✓ Evite mojar las curaciones durante el baño o higiene

ANTISEPTICOS RECOMENDADOS SEGÚN PRACTICAS

- ✓ **Higiene de manos antiséptico:** gluconato de clorhexidina al 4%, iodopovidona solución jabonosa o alcohol al 70% en gel.
- ✓ **Extracción de sangre venosa o arterial para laboratorio:** alcohol al 70%.
- ✓ **Aplicación de inyecciones** por vía intradérmica, subcutánea, intravenosa o intramuscular: alcohol al 70%.
- ✓ **Desinfección del sitio de inyección de las guías de suero** antes de punzar: alcohol al 70%
- ✓ **Toma de muestras para cultivo por punción** (hemocultivo, urocultivo, herida, punción lumbar, etc.): iodopovidona solución, alcohol al 70% o clorhexidina al 2 % en solución alcohólica (*)
- ✓ **Colocación de vías venosas o arteriales**, ya sea centrales o periféricas: iodopovidona solución o clorhexidina al 2 % en solución alcohólica (*)
En pacientes alérgicos, alcohol al 70%
- ✓ **Colocación de sondas vesicales:** iodopovidona solución alrededor del meato. En pacientes alérgicos al yodo, higienizar la zona con gluconato de clorhexidina al 4% jabonosa
- ✓ **Lavado de la piel antes de procedimientos quirúrgicos:** clorhexidina al 4% o iodopovidona jabonosa

- ✓ **Antisepsia de la piel antes de procedimientos quirúrgicos:** iodopovidona solución, alcohol al 70% o clorhexidina al 2 % en solución alcohólica (*)
- ✓ **Cuidado del sitio de inserción de cualquier tipo de catéteres percutáneos:** iodopovidona solución, clorhexidina al 2 % en solución alcohólica (*) o solución fisiológica
- ✓ **Curación de heridas cerradas** (suturadas): solución fisiológica.
- ✓ **Heridas abiertas** (traumáticas, quirúrgicas, escaras)
 - no infectadas: lavar y embeber apósitos con solución fisiológica o aplicar apósitos especiales
 - infectadas: tratamiento específico. No aplicar antisépticos
- ✓ **Quemaduras** (ver pág. 39)
- ✓ Sobre piel sana, siempre aplicar el antiséptico en espiral, desde adentro hacia afuera sin retroceder y esperar a que se seque sobre la superficie antes de proceder. Si es necesaria una nueva aplicación, utilizar un nuevo trozo de algodón o gasa.
- ✓ En el caso de heridas abiertas, efectuar lavado por arrastre, desde la zona más limpia a la más sucia.

(*) no disponible en nuestro medio por el momento

Prevención de infecciones asociadas al uso de sonda vesical

ASPECTO FUNDAMENTAL

Las infecciones urinarias son frecuentes entre los pacientes internados. Están asociadas principalmente al uso de catéteres y en segundo lugar a otros tipos de instrumentación urológica. Es posible reducir significativamente su incidencia mediante el cumplimiento de recomendaciones específicas.

RECOMENDACIONES

- ✓ Higienice sus manos con alcohol gel antes y después de colocar el catéter y cada vez que manipule el sistema, además de utilizar guantes
- ✓ Cateterice sólo cuando sea estrictamente necesario, por ejemplo:
 - control de diuresis en pacientes con alteraciones hemodinámicas
 - cirugía mayor o de larga duración
 - retención urinaria
 - incontinencia en pacientes con cirugía o herida próximas al periné
- ✓ En pacientes internados no efectúe sondaje intermitente.
- ✓ Coloque la sonda en condiciones de asepsia y utilizando equipo estéril. (ver técnica), aunque no sea permanente
- ✓ Utilice sondas de calibre y características adecuadas a cada caso
- ✓ Respete el volumen indicado para el llenado del balón
- ✓ Fije el catéter con cinta adhesiva a la cara interna del muslo del paciente de manera que no haya posibilidad de tracción.
- ✓ Si es indispensable la desconexión (por rotura de bolsa, por ejemplo), desinfecte la unión sonda - tubuladura con alcohol al 70% friccionando vigorosamente antes de proceder.
- ✓ Al vaciar la bolsa, evite tocar el borde del brocal con el pico de la misma.
- ✓ Mantenga el flujo de orina sin obstrucciones
- ✓ No eleve la bolsa por encima del nivel de la vejiga.
- ✓ Evite que la bolsa toque el piso
- ✓ No realice lavajes des obstructivos, excepto en postoperatorios urológicos que llevan lavaje continuo.
- ✓ No utilice antibióticos para irrigar la vejiga ni para cubrir el meato
- ✓ Efectúe la higiene del periné y genitales con agua y jabón común en forma diaria y cada vez que el paciente tenga deposiciones.
- ✓ Retire la sonda vesical tan pronto como sea posible
- ✓ No pince la sonda antes de retirarla.
- ✓ No cambie la sonda a intervalos fijos.
- ✓ Cuando sospeche infección, no cambie la sonda rutinariamente
- ✓ El equipo utilizado para cistoscopia debe ser sometido a esterilización o desinfección de alto nivel (ver "Limpieza y desinfección de endoscopios", pág. 17)

- ✓ El instrumental utilizado para toma de biopsias (fórceps) debe ser estéril
- ✓ La toma de muestras para cultivo de orina en pacientes sondados se efectuará:
 - por punción de la sonda
 - por chorro de orina de sonda recién colocada
 - por punción suprapúbica
 (ver "Recolección,", pág. 41)

TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL PERMANENTE

Equipo necesario

**sonda del calibre deseado (tipo Foley)*

**equipo para sondaje vesical (bolsa colectora, jeringa de 20 ml, ampollas de agua destilada, 1 paquete de gasas, 1 compresa fenestrada, 1 bol, gel anestésico en unidosis)*

**1 par de guantes estériles*

**iodopovidona solución*

Procedimiento

1. *Realice la higiene perineal del paciente con agua y jabón*
2. *Higienice sus manos mediante frotado antiséptico*
3. *Abra el equipo, los frascos de antiséptico y anestésico, las ampollas de agua destilada, y todos los envoltorios.*
4. *Coloque al paciente en posición y ubique la compresa fenestrada rodeando el meato*
5. *Colóquese los guantes estériles*
6. *Cargue la jeringa con el agua destilada y pruebe el balón de la sonda (*)*
7. *Lubrique la punta de la sonda con el anestésico y embeba las gasas con el antiséptico. La mano que toma los frascos ya pierde esterilidad (mano no dominante)*
8. *Con la misma mano retraiga el prepucio en el hombre o separe los labios mayores en la mujer.*
9. *Limpie con las gasas embebidas en iodopovidona el área periuretral. En pacientes alérgicos al yodo, realice higiene previa con clorhexidina al 4%.*
10. *Ubique el bol sobre el campo, cerca del meato, si no se optó por conectar previamente la bolsa*
11. *Con la mano dominante coloque la sonda cuidando que no salga del campo estéril y permitiendo que la orina drene hacia el bol*
12. *Llene el balón*
13. *Conecte la sonda a la bolsa*

()OPCION: En el punto 5, una vez probado el balón puede conectarse la sonda a la bolsa y de esta manera se evita la posibilidad de derrame de orina al colocarla y la necesidad del bol*

TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL TRANSITORIA (EVACUADORA) EN PACIENTES INTERNADOS

Equipo necesario

**sonda del calibre deseado (tipo nélaton)*

- *1 paquete de gasas*
- *1 par de guantes estériles*
- *gel anestésico estéril (en unidosis)*
- *iodopovidona solución*
- *recipiente para recolectar la orina (chata u otro)*

Procedimiento

- 1. Higienice sus manos mediante frotado antiséptico*
- 2. Abra los frascos de antiséptico y anestésico, el paquete de gasas y el envoltorio de la sonda.*
- 3. Coloque al paciente en posición y ubique el recipiente recolector de orina (chata u otro) según corresponda*
- 4. Colóquese los guantes estériles*
- 5. Lubrique la punta de la sonda con el anestésico y embeba las gasas con el antiséptico. La mano que toma ambos frascos ya pierde esterilidad (mano no dominante)*
- 6. Con la misma mano retraiga el prepucio en el hombre o separe los labios mayores en la mujer.*
- 7. Limpie con las gasas embebidas en iodopovidona el área periuretral*
- 8. Con la mano dominante coloque la sonda permitiendo que la orina drene hacia el recipiente*
- 9. Una vez vaciada la vejiga, retire suavemente la sonda y descarte*

Prevención de neumonía intrahospitalaria

ASPECTO FUNDAMENTAL

La neumonía nosocomial es una complicación grave que afecta principalmente a pacientes internados en unidades de cuidados intensivos.

La mitad de las neumonías aparecen en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, especialmente toraco abdominales, y la otra mitad asociada a la entubación y uso de asistencia mecánica respiratoria.

La mortalidad asociada oscila entre el 20 y el 50 %

La vía de acceso más frecuente de gérmenes a pulmón es la aspiración de secreciones bucofaríngeas

Es posible prevenir un número considerable de neumonías nosocomiales aplicando medidas simples de control de infecciones.

RECOMENDACIONES

- ✓ **Higienice sus manos mediante frotado antiséptico** antes y después de tener contacto con la vía respiratoria de un paciente o cualquier parte de su equipo de asistencia **y use racionalmente los guantes. Estas son las medidas más importantes para prevenir la contaminación cruzada.**
- ✓ Todo elemento utilizado para asistencia respiratoria debe ser de uso individual, descartable o haber sido reprocesado adecuadamente (exhaustiva limpieza posterior desinfección o esterilización según corresponda) entre un paciente y otro. Esto incluye máscaras, bolsas de resucitación, nebulizadores, mandriles, tubuladuras para oxígeno, boquillas, circuitos de anestesia, broncoscopios y cualquier otro elemento que pueda utilizarse. (Ver "Procesamiento de elementos...", pág. 15)
- ✓ **Evite la micro aspiración de secreciones bucofaríngeas en pacientes entubados o alteración de la conciencia**
 - Mantenga, siempre que sea posible, la cabecera de la cama elevada entre 30° y 45°, aún durante la higiene u otras prácticas.
 - Aspire las secreciones bucofaríngeas las veces que sea necesario
 - Mantenga el manguito del tubo endotraqueal (TET) o traqueoflex inflado correctamente (entre 25 y 35 cm H₂O ó su equivalente 18,4 y 25.7 mm Hg), para no permitir filtraciones y evitar lesión de la mucosa
 - Antes de desinflar el manguito con cualquier propósito, aspire las secreciones de la tráquea y la orofaringe.
 - Evite la distensión gástrica y el vómito
- ✓ **Disminuya la colonización gástrica y oro faríngea:**
 - Higienice la boca de los pacientes entubados o con alteración de la conciencia por lo menos una vez por turno. Utilice antiséptico bucal que contenga clorhexidina al 0.12 % u otro, agua destilada o solución fisiológica
 - Limite el uso de antiácidos

- Manipule y administre las fórmulas de alimentación enteral con técnica estéril

- Retire tan pronto como pueda sondas naso gástricas y naso duodenales

- ✓ **Favorezca los mecanismos naturales de defensa:**

- Controle el dolor durante el postoperatorio inmediato, porque interfiere con la tos y con la respiración profunda.

- Retire el tubo endotraqueal tan pronto como sea posible

ASPIRACION DE SECRECIONES

- ✓ aspire las secreciones **sólo si es necesario**, cuando sean visibles o audibles.

- ✓ Efectúe la aspiración de secreciones con técnica estéril (ver técnica) y preferentemente entre dos operadores

- ✓ El uso del sistema cerrado (sonda envainada que se utiliza para varias aspiraciones) sólo debe reservarse para pacientes que no toleran la desconexión de la asistencia mecánica respiratoria. En este caso, la sonda protegida deberá cambiarse según las indicaciones del fabricante.

ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

- ✓ No es necesario esterilizar ni desinfectar la maquinaria interna de los respiradores o equipos de anestesia

- ✓ No cambie el circuito de respirador en forma rutinaria, sólo si está sucio o presenta fugas.

- ✓ Prevenga el flujo retrógrado de las condensaciones de líquido de las tubuladuras hacia el árbol traqueo bronquial. Elimine las condensaciones en un recipiente, hacia el lado contrario del paciente. Luego higienice sus manos.

NEBULIZADORES Y HUMIDIFICADORES

- ✓ Todos los líquidos que se utilicen para nebulizar o humidificar deben ser estériles

- ✓ Los nebulizadores pueden lavarse con agua y detergente y secarse entre usos para un mismo paciente con respiración espontánea.

- ✓ Los nebulizadores que se adosan al circuito de AMR deben ser lavados y secados entre una nebulización y otra.

- ✓ Vaciar el remanente de agua que pudiera quedar en los frascos humidificadores de oxígeno (en pacientes con respiración espontánea) antes de volver a llenarlos.

- ✓ En pacientes con ventilación mecánica, utilice humidificadores higroscópicos o intercambiadores de calor y humedad (nariz artificial). Cámbielos cuando sufran contaminación evidente, algún desperfecto o según indicación del fabricante (generalmente cada 24 o 48 horas)

TRAQUEOSTOMIA:

- ✓ Realice la traqueostomía en quirófano (si no es una emergencia). La traqueostomía por punción podrá hacerse en la Unidad de Terapia Intensiva, siguiendo una estricta técnica aséptica y con vestimenta acorde a un procedimiento quirúrgico.

- ✓ Cuide la zona de la piel adyacente al traqueostoma, manteniéndola limpia y seca, previa higiene de manos.

- ✓ Si es necesario cambiar la cánula, utilice técnica aséptica

- ✓ En pacientes con cánulas con camisa interna, quite ésta para su lavado por lo menos una vez al día. Efectúe el lavado con solución estéril (agua o suero). Séquela con gasa estéril.
- ✓ Si utiliza un cepillo para limpiar la cánula, éste debe ser estéril y si no se posee, utilizar gasa para la parte interna de la cánula. NUNCA dejar el cepillo en solución antiséptica permanente para volver a utilizarlo porque se contamina con bacilos Gram negativos.

NOTA: CUANDO DOS PACIENTES QUE COMPARTEN UNA HABITACIÓN REQUIERAN OXIGENOTERAPIA O NEBULIZACIONES, UNO UTILIZARÁ LA BOCA UBICADA EN EL PANEL Y EL OTRO, UN TUBO DE OXIGENO. EN EL CASO DE LA ASPIRACION DE SECRECIONES, PODRAN COMPARTIR LA BOCA DEL PANEL Y SE CAMBIARÁ ENTRE UNO Y OTRO LA TUBULADURA

TÉCNICA DE ASPIRACIÓN

Equipo necesario

- Sistema de aspiración con frasco y tubuladura limpios
- Sondas estériles de aspiración.
- Solución fisiológica, 1 sachet
- Guantes
- Jeringa estéril.
- Gasa estéril.

Procedimiento

- 1- Verifique que el sistema de aspiración funciona correctamente, antes de abrir los elementos estériles.
- 2- Higienice sus manos con.
- 3- Abra el sachet de suero, el paquete de gasas, la jeringa y el envoltorio del catéter, cargue la jeringa con solución fisiológica
- 4- Conecte el catéter al sistema de aspiración
- 5- Si el paciente está conectado a un respirador microprocesado, pulse el botón de "oxígeno succión" previo a la aspiración
- 6- Colóquese los guantes
- 7- Desconecte el respirador, apoyando el extremo del circuito sobre una gasa estéril (puede usarse el papel que envuelve las gasas)
- 8- De ser necesario, instile 2 a 3 cm de solución fisiológica con la jeringa sin aguja para fluidificar las secreciones y facilitar la aspiración.
- 9- Retire con cuidado la sonda de su envoltorio y tómela con la mano dominante, usando una gasa para no contaminarla. Con la otra, tome el tubo en Y. Aspire una pequeña cantidad de solución estéril, para lubricar la sonda.
- 10- Introduzca la sonda suavemente por la vía elegida sin aspirar, para no privar al paciente de oxígeno y reducir el traumatismo de las mucosas.
- 11- Extraiga la sonda 1 a 2 cm.
- 12- Comience la aspiración a medida que se va retirando, rotando la sonda, y en forma intermitente. Evite hurgar con la sonda, para no dañar la mucosa ni producir complicaciones como paro cardio respiratorio. La aspiración no

debe durar más de 15 segundos y se debe dar 1 a 2 minutos de descanso antes de volver a aspirar.

- 13- Entre una aspiración y otra no debe lavarse la sonda
- 14- Para aspirar el bronquio izquierdo, rote la cabeza del paciente hacia la derecha. Para aspirar el bronquio derecho rótele hacia la izquierda.
- 15- Utilice una sonda nueva si desea aspirar nariz y otra para la boca.
- 16- Aspire la solución fisiológica restante para lavar la tubuladura.
- 17- Descarte todos los elementos utilizados y vacíe el frasco de aspiración si es necesario. Retírese los guantes e higienice sus manos.
- 18- Si el paciente tiene traqueostomía, quítele la cánula interna para aspirarlo, lávela con agua estéril y séquela, para colocársela nuevamente luego de la aspiración.
- 19- Si sobra solución fisiológica, deséchela inmediatamente, ya que se contamina.

TECNICA DE HIGIENE BUCAL EN PACIENTES CON TET

Equipo necesario

- Sistema de aspiración con frasco y tubuladura limpios
- Sonda estéril de aspiración.
- Guantes de examen
- Sachet de agua destilada
- Clorhexidina al 0,12 % u otro colutorio
- Bajalenguas
- Gasas
- Trozo de venda para sujetar el tubo
- Vaselina o lubricante para labios
- Manómetro para verificar la presión del manguito del TET

Procedimiento

- 1- Ubique al paciente en posición semisentado a 45 ° para prevenir la aspiración
- 2- Higienice sus manos
- 3- Verifique que el manguito del TET está correctamente inflado entre 25 y 35 cm H₂O (18,4 y 25.7 mm Hg)
- 4- Conecte la sonda de aspiración al sistema
- 5- Afloje la sujeción del TET
- 6- Si el paciente tiene cánula de mayo, retírela
- 7- Limpie la cavidad bucal y los dientes con un trozo de gasa envuelta en un bajalengua y embebida en el colutorio, cambie la gasa las veces que sea necesario
- 8- Enjuague con agua destilada, mientras aspira boca y faringe, tratando de llegar hasta las secreciones que hubieran quedado acumuladas por sobre el manguito
- 9- Mueva el tubo de un lado al otro de la boca para evitar lesiones por decúbito
- 10- Fije el tubo con un trozo de venda
- 11- Aplique lubricante en los labios

Prevención de infecciones asociadas a accesos vasculares

ASPECTO FUNDAMENTAL

La mayoría de las bacteriemias hospitalarias están relacionadas a accesos vasculares. El riesgo real que implica el uso de estos dispositivos puede prevenirse con la aplicación de ciertas recomendaciones sólidamente fundamentadas.

La formación inicial y continuada y la adecuación numérica del personal a la cantidad y complejidad de los pacientes, son elementos fundamentales para la prevención de las infecciones por catéter.

RECOMENDACIONES

EDUCACIÓN

- ✓ El personal de nuevo ingreso (médicos, enfermeros, técnicos) deberá entrenarse en la colocación y manejo de accesos vasculares
- ✓ Se evaluará periódicamente el cumplimiento de las recomendaciones y se reforzará la capacitación si fuera necesario

SELECCIÓN DEL CATÉTER Y DEL SITIO DE INSERCIÓN

- ✓ Utilice accesos vasculares sólo cuando sea estrictamente necesario
- ✓ Prefiera los accesos periféricos a los centrales
- ✓ Si el paciente requiere una vía central, colóquela por punción
- ✓ Tenga en cuenta que la vía subclavia es preferible a la vía yugular, desde el punto de vista de la prevención de infecciones. Evalúe otro tipo de complicaciones potenciales, especialmente asociadas a la inexperiencia del operador.
- ✓ Evite colocar vías en los miembros inferiores
- ✓ Elija catéteres totalmente implantables (Port-A-Cath, Bard Port) en pacientes que requieren, en forma intermitente, terapias endovenosas por largo plazo.
- ✓ Elija catéteres centrales semi implantables (tunelizados, tipo Broviac o Hickman) o catéteres centrales insertados periféricamente (PICC) en pacientes que requieren terapia por largo plazo (más de 30 días) pero en forma frecuente.
- ✓ Si debe colocar un catéter para hemodiálisis y se estima una duración del tratamiento en más de dos semanas, utilice un catéter con "cuff" (barrera mecánica que rodea al catéter y se adhiere al tejido celular subcutáneo evitando que los gérmenes que pudieran ingresar desde el sitio de inserción del catéter progresen hasta el extremo del mismo)

MEDIDAS DE ANTISEPSIA

- ✓ **Higienice sus manos con alcohol gel antes de colocar o manipular cualquier tipo de catéter.**

- ✓ Utilice guantes limpios para colocar catéteres periféricos en pacientes inmunocompetentes y guantes estériles en pacientes inmunocomprometidos
- ✓ **El uso de guantes no excluye la higiene de manos previa y posterior a la práctica**
- ✓ Para colocar vías centrales, utilice guantes, camisolín y campo estériles además de barbijo y gorro que cubra el cabello.
- ✓ Si en situación de emergencia no se respetaron las medidas de asepsia para la colocación de un catéter, cámbielo tan pronto como sea posible.
- ✓ Utilice clorhexidina solución alcohólica al 2 % (no disponible en nuestro medio por el momento) o iodopovidona solución para la antisepsia de la piel del paciente.
- ✓ Permita que el antiséptico seque antes de realizar la punción.
- ✓ Si fuera necesario, desengrase la piel con alcohol al 70 % antes de aplicar el antiséptico.
- ✓ No puncie más de una vez con el mismo dispositivo

CUIDADOS DEL CATÉTER Y DEL SITIO DE INSERCIÓN

- ✓ Cubra el sitio de inserción de todas las vías con gasa seca y tela adhesiva
- ✓ Mantenga las curaciones limpias y secas, evitando su contaminación con secreciones bucales, respiratorias, agua del baño, transpiración, etc. Cámbielas si esto sucede.
- ✓ Indique fecha de colocación de las vías con banderín en el catéter o en la curación si es vía periférica. Cada vez que cure una vía, rotúlela. Rotule también los cambios de guías.
- ✓ **Higienice sus manos con alcohol gel antes colocar o manipular cualquier tipo de catéter o partes del sistema de infusión** (preparar y cambiar sueros, conectar un colateral, medir presiones, curar, etc.).
- ✓ Observe diariamente la zona de inserción de los catéteres buscando signos y síntomas de complicación, retire la curación si se sospecha alguno.
- ✓ Coloque las guías colaterales con llaves de tres vías
- ✓ No realice lavado de tubuladuras con el fin de destaparlas.
- ✓ No utilice vías para toma de muestras de sangre (excepto determinación de gases en pacientes con vía arterial)
- ✓ Desinfecte con alcohol al 70% el sitio para inyección de las guías de suero (tapón de goma) antes de utilizarlo.
- ✓ Respete recomendaciones sobre tiempo y forma de administración de fármacos endovenosos para disminuir el riesgo de flebitis.
- ✓ Descarte sachets de suero que tengan turbidez
- ✓ Si sospecha contaminación de los sueros, envíe a farmacia la tubuladura usada (cerrada) y el sachet en una bolsa. Anote el lote del elemento sospechoso y no use ninguno del mismo lote hasta tener los resultados de los estudios.
- ✓ No someta las cajas que contienen sueros a grandes pesos para evitar micro fisuras en los envases (respete el límite de cajas que pueden apilarse, no las utilice para apoyar otros objetos, sentarse, etc.)

CATÉTERES DE LARGA PERMANENCIA

- ✓ Valore diariamente la piel que recubre la cámara subcutánea, informe inmediatamente si hay signos o síntomas de infección
- ✓ **Higienice sus manos con alcohol gel antes de habilitar el catéter**
- ✓ Para la habilitación del catéter utilice camisolín, campo y guantes estériles, además de barbijo y gorro que cubra el cabello.
- ✓ Utilice clorhexidina solución alcohólica al 2 % (no disponible en nuestro medio por el momento) o iodopovidona solución para la antisepsia de la piel del paciente.
- ✓ Permita que el antiséptico seque antes de realizar la punción.
- ✓ Si fuera necesario, desengrase la piel con alcohol al 70 % antes de aplicar el antiséptico.

ESTRATEGIAS DE RECAMBIO

- ✓ No reemplace los catéteres rutinariamente como método para prevenir infecciones.
- ✓ Utilice guía de alambre para el recambio de catéteres sólo si no hay sospecha de infección (por ejemplo por mal funcionamiento)
- ✓ Cambie cualquier catéter (excepto implantables o semi implantables) en caso de celulitis, secreción purulenta, infiltración, obstrucción, flebitis, fiebre o sepsis sin foco
- ✓ Utilice su juicio clínico para descartar otros focos ante la presencia de fiebre
- ✓ Ante sospecha de infección asociada al catéter, retírelo y envíe la punta a cultivo y luego tome 2 muestras de sangre para hemocultivo (ver "Recolección, conservación y transporte de muestras para bacteriología", pág. 37)
- ✓ En el caso de catéteres de Swan Ganz, es más representativo enviar la punta del introductor

RECOMENDACIONES SOBRE PERMANENCIA DE CATETERES, GUIAS Y COBERTURA DEL SITIO DE INSERCIÓN

Tipo de catéter	Cambio del catéter	Cambio de la cobertura del sitio de inserción	Cambio de guías y conexiones
Catéter venoso periférico	No hay rutina	Junto con el catéter o antes si está sucia, mojada o para su inspección	Junto con el catéter
Catéter arterial periférico	Cada 5 días, junto con el transductor. Evalúe antes complicaciones de tipo isquémico	Junto con el catéter o antes si está sucia, mojada o para su inspección	Junto con el catéter y la solución lavadora
Catéter venoso central, central de inserción periférica (PICC), p/ hemodiálisis, implantables o semi-imp	No hay rutina	Cada 2 días o antes si está sucia, mojada o para su inspección	Cada 4 días y luego de pasar lípidos, sangre y hemoderivados
Catéter arterial central (Swan Ganz)	Cada 7 días, junto con transductor. Evalúe antes complicaciones de tipo isquémico	Idem anterior	Cada 4 días, junto con la solución lavadora

Nutrición parenteral total (NPT)

ASPECTO FUNDAMENTAL

El uso de nutrición parenteral total aumenta considerablemente el riesgo de infección asociada a catéter a causa de la composición de las infusiones, su capacidad de producir trombos y la duración requerida para dicha terapéutica

- ✓ Respete estrictamente las recomendaciones para la colocación y cuidado de catéteres
- ✓ **Higienice sus manos con alcohol gel antes de efectuar cualquier tarea relacionada a la NPT**
- ✓ No utilice fórmulas vencidas, con precipitados o alteraciones visibles ni que hayan sido abiertas con anticipación
- ✓ Respete las indicaciones del fabricante en cuanto a la temperatura de conservación de las fórmulas.
- ✓ Utilice una vía exclusiva para la administración de NPT
- ✓ No administre sueros o medicación por colateral de la NPT
- ✓ Las infusiones que ya vienen preparadas y contienen lípidos, no deben permanecer colgadas más de 24 horas.
- ✓ Para proceder al cambio de guías o sachets, colóquese barbijo y guantes estériles, desinfecte las uniones con alcohol al 70 %, y coloque una compresa estéril por debajo de la conexión antes de abrir el sistema

Prevención de infecciones en Hemodiálisis

ASPECTO FUNDAMENTAL

Las complicaciones infecciosas en hemodiálisis incluyen:

- *Infecciones relacionadas al acceso vascular**
- *Infecciones transmitidas por la sangre (Hepatitis B y C, VIH)**
- *Infecciones relacionadas con la contaminación de los elementos utilizados en el proceso (agua, filtros, etc.)**

Las infecciones relacionadas con los accesos vasculares son la causa más frecuente de bacteriemia.

Los pacientes con catéteres centrales tienen mayor riesgo de infección que aquellos que tienen fístula arterio-venosa.

La infección de un acceso vascular es causa de la pérdida del mismo y una de las principales de mortalidad.

RECOMENDACIONES

GENERALES

- ✓ Higienice sus manos con antes y después de tocar a cada paciente y a los objetos relacionados con él para cualquier actividad (conexión, toma de presión, registros, manejo de la máquina, etc.)
- ✓ Cuando utilice guantes, colóquese los mismos inmediatamente antes de la práctica que se va a realizar y retírelos inmediatamente después. Nunca toque con los guantes otras superficies del ambiente no relacionadas a los pacientes como el teléfono, mobiliario, puertas, etc.
- ✓ Respete estrictamente las normas de asepsia en todas las prácticas
- ✓ Respete estrictamente las precauciones estándar y especiales según corresponda (pág. 47)
- ✓ Lave y desinfecte los elementos de trabajo como pinzas, tijeras, etc. (no críticos) entre un turno y otro (ver "Procesamiento.....", pág. 15).
- ✓ Evite que los pacientes que ingieren bebidas o alimentos durante su asistencia, los compartan entre ellos

PLANTA FÍSICA

- ✓ Asegure las condiciones edilicias que establece la ley nacional

ACCESOS VASCULARES

- ✓ Higienice sus manos con alcohol gel antes de manipular la fístula o catéter para hemodiálisis, aunque vaya a utilizar guantes.
- ✓ Antes de punzar la fístula, efectúe la higiene del miembro con agua y jabón seque con gasa y luego aplique clorhexidina solución alcohólica al 2 % (no disponible en nuestro medio por el momento), iodopovidona solución o alcohol al 70%.
- ✓ Utilice guantes comunes para punzar fístulas.
- ✓ Utilice guantes estériles para habilitar y conectar catéteres.
- ✓ Respete las recomendaciones generales sobre accesos vasculares (pág. 31)

- ✓ Eduque al paciente y a su familiar sobre cuidados del catéter en el hogar y signos y síntomas de complicaciones relacionados al mismo.

HEPATITIS B, HEPATITIS C, VIH

- ✓ Identifique el estado serológico respecto de estas enfermedades de todos los pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis y del personal que se desempeña en el área.
- ✓ Aplique vacuna contra hepatitis B en un número de 3 dosis dobles (40 mcg por dosis) a todos los pacientes con serología negativa, antes de ingresar al programa de hemodiálisis
- ✓ Aplique plan estándar de vacuna contra hepatitis B a todo el personal que se desempeña en la unidad.
- ✓ Determine anticuerpos anti HBs Ag a los 40 días de haber cumplimentado el plan de vacunación
- ✓ En pacientes seronegativos y con títulos protectivos de anticuerpos anti HBs Ag, chequee estos últimos 1 vez al año.
- ✓ En pacientes seronegativos, vacunados y sin respuesta, testee HBs Ag, + TGO y/o TGP mensualmente
- ✓ En personal seronegativo, vacunado y sin respuesta, testee HBs Ag y anticuerpos anti HBs Ag cada tres meses.
- ✓ En personal y pacientes seropositivos, testee HBs Ag cada tres meses y sólo dose anticuerpos anti HBs Ag una vez que negativizaron el antígeno.
- ✓ Testee serología para hepatitis C cada 6 meses o antes si hubo aumento inexplicable de TGP
- ✓ Testee periódicamente serología para HIV en pacientes con factores de riesgo, sólo con el objetivo de ofrecer tratamiento oportuno.
- ✓ Asigne box, máquinas, personal y cualquier otro elemento de trabajo (pinzas para clampear, tela adhesiva, frasco de heparina, lapicera, tensiómetro, estetoscopio, etc.) para uso exclusivo de pacientes hepatitis B (+) o Hepatitis C (+)

EQUIPOS Y AGUA

- ✓ Controle por lo menos mensualmente el agua usada para el tratamiento de hemodiálisis con cultivos cuantitativos.
- ✓ Tome muestras del tanque de agua ya tratada, antes de su distribución, y muestras del agua que será usada para preparar la solución de hemodiálisis.
- ✓ Respete los estándares permitidos (ufc/ml) según Resolución Ministerial
- ✓ Desinfecte las cañerías de distribución de agua tratada por lo menos mensualmente, y de acuerdo a los resultados de los controles del agua (>1000 ufc/ml o incremento del 50% respecto del control anterior).

FILTROS

- ✓ No reprocese filtros de hemodiálisis

DESINFECCION DE MAQUINAS

- ✓ Desinfecte las máquinas de diálisis al fin de cada sesión, luego de la ruptura de un dializador, al encender un equipo fuera de servicio por un tiempo, después de una reparación y cada tres semanas a los equipos sin uso.
- ✓ Desinfecte la parte externa de las máquinas con hipoclorito de sodio en dilución de 10 ml por litro de agua (partiendo de hipoclorito 60 gr/l)

ASEGURE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LA SALA Y DE TODOS LOS ELEMENTOS Y SUPERFICIES DE TRABAJO Y ANTES DE INGRESAR EL NUEVO TURNO DE PACIENTES.

Prevención de infecciones en Unidad de Quemados

ASPECTO FUNDAMENTAL

Los microorganismos proliferan rápidamente en los tejidos quemados. La aplicación de agentes antimicrobianos tópicos, la escisión temprana del tejido desvitalizado y posterior injerto más la adecuada utilización de elementos de barrera pueden reducir la colonización, evitar la infección y favorecer la pronta recuperación.

RECOMENDACIONES

- ✓ Aplique precauciones de contacto a todos los pacientes internados en la unidad, esto incluye:
 - Higiene de manos con alcohol gel antes y después de contacto con cada paciente
 - Uso de guantes y batas no estériles para contacto con el paciente gran quemado
 - Uso de gorro, barbijo, antiparras y delantales plásticos para efectuar baños y curaciones
 - Habitación individual
 - Elementos de uso exclusivo (tensiómetro, estetoscopio, termómetro, jarra, chata, orinal, etc.)
- ✓ Desbride y cubra en forma precoz mediante injerto las lesiones
- ✓ Prefiera la hidroterapia por arrastre (desde las lesiones en mejores condiciones hacia las peores), antes que la balneoterapia por inmersión.
- ✓ Utilice guantes estériles para efectuar las curaciones
- ✓ Siga el protocolo del Servicio para efectuar las curaciones
- ✓ Asegúrese que entre un paciente y otro, la cuba sea lavada y desinfectada correctamente
- ✓ Utilice paño de limpieza exclusivo para la cuba y limpiador / desinfectante a base de amonios cuaternarios. Si va realizarse balneoterapia por inmersión, debe enjuagarse antes de llenarla con agua, para retirar los restos

Recomendaciones para el manejo de nutrición enteral

ASPECTO FUNDAMENTAL

Las fórmulas para alimentación por sonda constituyen un excelente medio para la proliferación de gérmenes.

La barrera de protección natural que representa la acidez gástrica está disminuida en los pacientes que reciben agentes bloqueadores H2 o abolida en aquellos que reciben la alimentación más allá de su estómago (duodeno o yeyuno) por lo que son susceptibles de padecer complicaciones infecciosas relacionadas a la administración de alimentación por sonda.

RECOMENDACIONES

- ✓ Higienice sus manos antes de manipular o administrar fórmulas de alimentación por sonda
- ✓ Adquiera preferentemente fórmulas en envases listos para administrar.
- ✓ Si es necesario fraccionarlas o transvasarlas utilice elementos como embudos, tubuladuras y frascos **estériles** y manipule las fórmulas de manera aséptica
- ✓ Limpie la tapa de los envases listos para usar antes de conectar la guía de administración.
- ✓ Administre las fórmulas a temperatura ambiente
- ✓ En salas donde la temperatura es elevada, evalúe la posibilidad de fraccionar los envases que contienen grandes volúmenes de alimento.
- ✓ Respete el tiempo de infusión indicado
- ✓ No deje los envases colgados más de 24 horas. Si no pasó todo el volumen, deséchelo.
- ✓ Deseche la guía de administración junto con el frasco, ya sea que pase en bolo o en infusión continua.
- ✓ Lave cuidadosamente la sonda de alimentación con agua **destilada**:
 - luego de cada administración cuando es en bolo
 - 1 o 2 veces al día cuando es continua
 - antes y después de administrar medicación
- ✓ No administre fórmulas que presenten precipitados o cambio en su aspecto
- ✓ Respete las recomendaciones del fabricante respecto a su duración una vez abierta y a las condiciones de conservación.

Recolección, conservación y transporte de muestras para bacteriología

ASPECTO FUNDAMENTAL

Toda la información diagnóstica que el laboratorio de microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Por ello, una toma mal realizada, pobremente recogida o mal transportada determinará un posible fallo en la recuperación de los agentes patógenos, que puede inducir a errores diagnósticos, e incluso a un tratamiento inadecuado del enfermo.

RECOMENDACIONES

- ✓ Cada muestra remitida debe ir acompañada de una orden confeccionada en el formulario específico (ver Anexo IV, pág. 80) donde deben constar todos aquellos datos de relevancia para el procesamiento de la misma como:
 - datos demográficos del paciente
 - enfermedad de base, diagnóstico presuntivo
 - tipo de muestra y forma de obtención
 - fecha y hora de obtención
 - tratamiento antibiótico previo, última dosis
 - sospecha de infección intra o extrahospitalaria
 - exámenes solicitados
 - búsqueda de algún germen en especial
 - médico a cargo
- ✓ En todos los casos tome la muestra preferentemente junto a otra persona para evitar su contaminación durante el procedimiento

UROCULTIVO:

- ✓ Las muestras de orina pueden obtenerse por micción espontánea, por cateterización, por punción de una sonda permanente, por cistoscopia o por punción suprapúbica.
- ✓ El cultivo de la punta de una sonda extraída no es adecuado
- ✓ En pacientes ingresados al hospital y con imposibilidad de recoger la muestra por sí mismos, realice sondaje vesical con las medidas asépticas oportunas
- ✓ Para la investigación de anaerobios obtenga una muestra de orina vesical mediante punción suprapúbica o cistoscopia
- ✓ Tenga en cuenta que la punción suprapúbica requiere un buen conocimiento de la técnica y de rigurosa asepsia y está contraindicada en caso de cirugía en hemiabdomen inferior o anticoagulación.
- ✓ Las indicaciones para obtener orina por punción suprapúbica son: evidencia clínica de cuadro urinario con recuentos de gérmenes bajos o nulos, neonatos y lactantes, cateterización contraindicada o dificultosa, búsqueda de anaerobios y urocultivos repetidos con 2 o más bacterias

- ✓ No tome muestras por aspiración a través de catéter de talla vesical o nefrostomía
- ✓ Volumen mínimo necesario: Bacterias: 0,5 a 1 ml
Hongos y virus: > 20 ml
Mycobacterias: 20 ml por 3 días consecutivos
Parásitos: orina de 24 hs.

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA POR MICCIÓN ESPONTÁNEA

-Tome la primera orina de la mañana o luego de una retención de tres horas.

Material necesario:

Gasas estériles; Jabón neutro (pastilla nueva); Agua hervida y enfriada o destilada, Recipiente de boca ancha con tapa hermética y estéril (colector biológico)

Técnica de recolección

Para mujeres:

- Quitarse la ropa interior
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón y secarlas con toalla limpia
- Separar los labios mayores y menores, y los mantenerlos separados en todo momento hasta que se haya recogido la orina.
- Con una gasa enjabonada lavar bien la vulva pasándola de adelante hacia atrás, repetir el proceso un total de 4 veces.
- Enjuagar cuidadosamente con agua hervida o estéril para eliminar los restos de jabón.
- Indicar a la paciente que orine desechando los 20 primeros mililitros, tras lo cual, y sin interrumpir la micción, se recogerá el resto de orina en el recipiente.
- Sujetar el frasco para que no tome contacto con la pierna, vulva o ropa del paciente. Los dedos no deben tocar el borde del frasco o la superficie interior.

Para hombres:

- Retraer completamente el prepucio, que se mantendrá así en todo momento, hasta que se haya recogido la orina.
- Limpiar el glande con gasa enjabonada.
- Eliminar los restos de jabón enjuagándolo con agua hervida.
- Pedir al paciente que orine desechando los primeros 20 ml para, sin interrumpir la micción, recoger el resto de la orina en recipiente estéril.

✓ Conservación y transporte:

La orina debe llegar al laboratorio en el plazo de 1 hora. Cuando esto no sea posible refrigérela a 4 °C (heladera) durante un tiempo máximo de 24 hs. Para detección de virus, transporte con hielo.

POR CATETERIZACIÓN

- Prepare el campo para la colocación de una sonda transitoria (ver pág. 25), incluyendo en el equipo un colector biológico estéril
- Colóquese los guantes estériles
- Abra el colector
- Coloque la sonda según técnica
- Cuando la orina comience a fluir, recójala en el colector

✓ Conservación y transporte:

Idem micción espontánea

POR PUNCIÓN DE SONDA VESICAL PERMANENTE:

Material necesario:

Gasas; Alcohol al 70%; Jeringa y aguja estéril; Recipiente estéril (opcional)

Técnica de recolección

-Friccione vigorosamente la sonda con gasa embebida en alcohol al 70 %, en la zona donde va a efectuar la punción (ideal por sobre la bifurcación)

-Deje secar y repita la operación

-Punce la sonda y aspire entre 3 y 5 ml. (> de 20 ml si busca virus, hongos o micobacterias)

✓ Conservación y transporte:

-Idem micción espontánea

-Puede enviarse al laboratorio en la misma jeringa (sin aguja, con obturador estéril) o pasar la orina a un recipiente estéril.

POR PUNCIÓN SUPRAPÚBICA

Técnica de recolección

-Descarte problemas de hemostasia, y con la vejiga palpable, previa antisepsia de la piel y anestesia local, punce a 1,5 cm de la sínfisis pubiana, en la línea media, estando el paciente en decúbito supino, con una jeringa de 10 ml y una aguja larga (calibre 19) y aspirare el contenido vesical.

-Elimine el aire que hubiera quedado dentro de la jeringa

✓ Conservación y transporte

En este caso, no es necesario refrigerar la muestra, pero debe enviarse al laboratorio, en la misma jeringa con que se extrajo (sin aguja, con obturador estéril), lo antes posible, indicando la técnica empleada para la obtención.

HEMOCULTIVO (HC):

✓ Ante sospecha de bacteriemia asociada a catéter, extraiga las muestras de HC por lo menos 20 minutos después de extraído el mismo.

✓ Tome muestras a través del catéter (retro-hemocultivo) sólo en caso de catéteres especiales (doble lumen o de larga permanencia) o cuando se complica su retirada. Aclare en la orden que se trata de este tipo de muestra.

✓ Tome las muestras antes de iniciar el tratamiento antibiótico.

✓ En el caso de pacientes que ya están recibiendo antimicrobianos, tome las muestras inmediatamente antes de la próxima dosis. Aclare el dato en la solicitud de análisis.

✓ Cuando no haya venas accesibles puede realizar extracción de sangre arterial. En este caso utilice guantes estériles y extreme los cuidados para evitar la contaminación durante la extracción

✓ Tome como mínimo dos muestras de sangre, por punción de diferentes sitios y espaciadas por lo menos 20 minutos entre sí. Esto aumenta la posibilidad de rescate.

✓ En caso de sospecha de determinados microorganismos (*Brucella*, *Neisseria*, etc.) ponerse en contacto con el laboratorio de microbiología antes de realizar la extracción

✓ Obtención de la muestra

POR PUNCIÓN VENOSA

Material necesario:

Frascos de hemocultivo; lazo; una jeringa y una aguja de punción IV; gasas estériles; guantes estériles; alcohol al 70 %; iodopovidona solución.

Técnica de recolección

- Higienice sus manos con alcohol gel
- Retire la cobertura del tapón del frasco
- Desinfecte el tapón de goma con alcohol al 70% y gasa estéril.
- Localice por palpación la vena que se va a punzar.
- Realice la antisepsia en una zona amplia de la piel con alcohol al 70%. Deje secar.
- Repita la operación con iodopovidona solución. Deje secar
- Coloque la jeringa y aguja sobre campo estéril (envoltorio de las gasas)
- Coloque el lazo
- Colóquese los guantes estériles
- Arme la jeringa con la aguja y extraiga la sangre
- Introduzca la sangre en el frasco evitando que entre aire. Mueva el frasco para que se mezclen el medio de cultivo y la sangre.
- Rotule y envíe al laboratorio.
- Utilice una vena distinta para cada extracción, así como también elementos y guantes distintos.
- Cuando se sospeche infección por gérmenes **anaerobios**, utilizar los frascos correspondientes
- En el resto de los casos, utilizar frascos para **aerobios**
- No usar los frascos con **removedor de antibióticos** en forma rutinaria.

A TRAVES DE CATETER (RETRO-HEMOCULTIVO)

- Higienice sus manos con alcohol gel
- Desinfectar la conexión catéter-tubuladura friccionando vigorosamente con gasa y alcohol al 70%
- Repita la operación 3 veces y coloque por debajo un campo estéril (gasa o papel)
- Abra el envoltorio de las jeringas (necesitará dos)
- Colóquese los guantes estériles
- Desconecte la unión del catéter, aspire 5 ml aproximadamente, y deséchelos
- Con la otra jeringa extraiga el volumen necesario para el cultivo
- Conecte nuevamente la tubuladura e introduzca la sangre en el frasco de hemocultivo.

✓ Volumen necesario:

- Como norma general es adecuado que la sangre mantenga una proporción 1:10 con el medio de cultivo. Es decir, para un frasco de 50 ml, introducir 5 ml de sangre, pero deben seguirse las especificaciones que brindan los fabricantes.
- En caso de neonatos y niños pequeños en los que no se puedan obtener volúmenes grandes de sangre es suficiente una cantidad de 1 a 5 ml, que se introduce en un solo frasco.

✓ Conservación y transporte:

-Hasta su envío al laboratorio mantener entre 35 y 37 °C, cuando no sea posible, mantener a temperatura ambiente. NUNCA DEBEN REFRIGERARSE NI CONGELARSE.

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

✓ Se obtendrá antes de instaurar cualquier terapéutica antibiótica

✓ Obtención de la muestra

Material necesario

-Compresa fenestrada estéril; guantes estériles; gasas estériles; alcohol al 70%; iodopovidona; anestésico local; jeringas y agujas (no usar jeringas heparinizadas, pues la heparina puede interferir con la viabilidad de los organismos), trócares de punción lumbar; tubos limpios y estériles con tapón a rosca (es necesario que estén totalmente limpios pues la presencia de bacterias muertas por la esterilización puede inducir a errores por tinciones falsamente positivas).

Técnica de recolección

POR PUNCIÓN LUMBAR

-Coloque al paciente en la posición adecuada y localice la zona elegida para la punción lumbar mediante la palpación de los espacios intervertebrales.

-Trabaje junto a un colaborador

-Higienice sus manos con alcohol gel

-Realice la antisepsia de la piel con alcohol al 70% y gasa estéril en un área de 10 cm de diámetro alrededor de la zona elegida para la punción. Deje secar.

-Repita la operación con iodopovidona solución. Deje secar.

-Prepare el campo que va a utilizar y abra los envoltorios

-Colóquese los guantes estériles

-Ubique la compresa fenestrada en el lugar elegido para la punción

-Cargue el anestésico y afloje la tapa de los tubos

-Realice la punción, siguiendo la más estricta asepsia.

-Al llegar al espacio subaracnoideo retire el estilete y deje salir libremente el líquido que se recogerá en 3 tubos sin conservantes con tapón a rosca (el más claro para investigación de células, el más turbio para microbiología y el tercero para estudio bioquímico)

DEL RESERVORIO DE OMMAYA

-Este procedimiento sólo debe ser realizado por el Servicio de Neurocirugía con las mismas medidas de asepsia que en el caso de la punción lumbar.

DE CATÉTER VENTRICULAR O LUMBAR

-Higienice sus manos con alcohol gel.

-Desinfecte la unión catéter-bolsa colectora friccionando vigorosamente con alcohol al 70% y gasa estéril. Repita la operación 3 veces y coloque por debajo un campo estéril

-Abra el envoltorio de las jeringas (necesitará dos)

-Colóquese los guantes estériles

-Desconecte la unión del catéter con la bolsa, aspire 5 ml aprox. y deséchelos

-Con la otra jeringa extraiga el volumen de líquido necesario para el cultivo

-Conecte nuevamente el catéter e introduzca el líquido en los tubos correspondientes

✓ Volumen mínimo necesario

-Para el estudio bacteriológico rutinario es suficiente 1 ml, aunque es preferible disponer de volúmenes superiores.

-Para virus, hongos o Mycobacterias, se necesitan al menos 2 ml adicionales más por cada uno de los estudios, siendo deseable llegar a los 10 ml.

✓ Conservación y transporte:

-Envíe el LCR inmediatamente al laboratorio, pues alguno de los agentes etiológicos como el neumococo, pueden lisarse rápidamente a partir de una hora desde que se recogió. Si no es posible se mantendrá en estufa a 37 °C. NUNCA DEBERA REFRIGERARSE.

Para estudio de virus, transportar con hielo.

OTROS LIQUIDOS ORGANICOS HABITUALMENTE ESTÉRILES

(peritoneal, pleural, articular y pericárdico)

✓ No se aconseja el uso de hisopos

✓ Obtención de la muestra

Material necesario:

-Compresa fenestrada estéril; gasas estériles; guantes estériles; jeringas y agujas estériles (no usar jeringas heparinizadas, pues la heparina puede interferir con la viabilidad de los organismos); alcohol al 70%; iodopovidona solución; recipientes estériles de boca ancha; sistema de transporte de anaerobios; frascos de hemocultivo.

Obtención de la muestra

Varía dependiendo del líquido corporal que se trate, pero siempre deberá seguirse una técnica aséptica.

-Higienice sus manos con alcohol gel

-Realice la antisepsia de la piel con alcohol al 70% y gasa estéril en un área de 10 cm de diámetro alrededor de la zona elegida para la punción. Deje secar.

-Repita la operación con iodopovidona solución. Deje secar.

-Prepare el campo que va a utilizar y abra los envoltorios

-Colóquese los guantes estériles,

-Ubique la compresa fenestrada de acuerdo al lugar donde se efectuará la punción

-Realice toma de la muestra por punción percutánea (toracocentesis, paracentesis, punción pericárdica o punción articular) de forma aséptica para evitar la contaminación por la flora cutánea o ambiental.

-La punción pericárdica se realizará con control ecocardiográfico.

-Si es necesario evitar la coagulación se utilizará heparina sin conservantes (utilice un frasco nuevo para evitar la contaminación de la muestra)

✓ Volumen mínimo:

Para el estudio bacteriológico rutinario es suficiente de 1 a 10 ml.

✓ Conservación y transporte

Envíe las muestras inmediatamente al laboratorio y mantenga a temperatura ambiente hasta su procesamiento

✓ Observaciones:

-Cuando aplique anestesia local, utilice otra jeringa y aguja para hacer la extracción de la muestra, ya que los anestésicos pueden inhibir el crecimiento bacteriano.

PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

1- Úlceras y heridas superficiales

Material necesario:

Guantes estériles; gasas estériles; alcohol al 70%; iodopovidona solución; suero fisiológico; jeringa y aguja estériles.

Técnica de recolección:

-Higienice sus manos alcohol gel

-Realice la antisepsia de la piel sana que rodea a la herida con alcohol al 70% y gasa estéril en un área de 10 cm de diámetro alrededor de la zona elegida para la punción. Deje secar.

-Repita la operación con iodopovidona solución. Deje secar.

-Prepare el campo que va a utilizar con las jeringas y agujas que se usarán

-Colóquese los guantes estériles y realice la punción ingresando a través de la piel sana que rodea la herida, de manera de acercarse al lecho de la misma. Si la muestra obtenida es insuficiente, repita la operación, instilando 0,5 ml a 1 ml de suero fisiológico y aspirando nuevamente.

✓ Conservación y transporte

-Puede enviar la muestra dentro de la jeringa. Quítele la aguja y colóquese un obturador estéril.

-Envíe al laboratorio de inmediato, ya que debe procesarse dentro de las dos horas. Si el envío se retrasará, consulte sobre el medio de transporte necesario al laboratorio

✓ Observaciones

-No tome muestras por hisopado, son de escasa rentabilidad, y deben obtenerse sólo en circunstancias excepcionales

2- Abscesos cerrados.

Material necesario:

Guantes estériles; gasas estériles; compresa estéril; alcohol al 70%; iodopovidona solución; jeringa estéril; aguja IM; medio de transporte para anaerobios.

Técnica de recolección

-Higienice sus manos alcohol gel

-Realice la antisepsia de la piel sana que rodea a la herida con alcohol al 70% y gasa estéril en un área de 10 cm de diámetro alrededor de la zona elegida para la punción. Deje secar.

-Repita la operación con iodopovidona solución. Deje secar.

-Prepare el campo que va a utilizar con las jeringas y agujas que se usarán

-Colóquese los guantes estériles y ubique la compresa estéril de acuerdo al lugar donde se efectuará la punción

-Realice la punción del absceso con jeringa y aguja.

-Si remite la muestra en la jeringa, quítele la aguja y colóquese un obturador estéril

✓ N° de muestras y volumen

Deberá enviarse un volumen de muestra de 1 a 5 ml

✓ Conservación y transporte

Las muestras deben enviarse al laboratorio tan pronto como sea posible. Hasta que esto suceda mantener las muestras a temperatura ambiente.

BIOPSIAS

Material necesario

Instrumental quirúrgico y equipo de ropa estéril según el tipo de procedimiento; guantes estériles y gasas estériles; recipientes estériles; suero fisiológico estéril; jeringas y agujas estériles

Técnica de recolección

-Las muestras se obtendrán durante o mediante un procedimiento quirúrgico

Muestras sólidas: Obtenga un bloque de tejido por escisión quirúrgica procurando incluir las zonas más afectadas. Cuando las lesiones estén bien delimitadas intente incluir también el borde de la lesión

Muestras líquidas: Obténgalas por aspiración con jeringa y aguja siguiendo técnicas estrictamente asépticas.

✓ **Nº de muestras y volumen:**

Muestras sólidas: Se recomienda obtener una pieza de al menos 5-10 cm³.

Muestras líquidas: 5 a 10 ml.

✓ **Conservación y transporte**

Introduzca las muestras sólidas en un recipiente estéril, al que puede añadirle unas gotas de suero salino estéril para prevenir la desecación de las muestras de pequeño tamaño

Envíelas para su procesamiento inmediato.

✓ **Observaciones**

Es muy importante **no introducir las muestras en formol** ni en otras sustancias que puedan inhibir el crecimiento de los microorganismos, ni utilizar recipientes de dudosa esterilidad.

DADO QUE ESTAS MUESTRAS SUELEN SER DE EXTREMA IMPORTANCIA, DIFÍCIL OBTENCIÓN, CON RIESGOS Y MOLESTIAS PARA EL PACIENTE, Y EN MUCHAS OCASIONES SON INSUSTITUIBLES, ES RECOMENDABLE QUE ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO SE ESTABLEZCA CONTACTO CON EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA PARA EVITAR POSIBLES ERRORES Y ORIENTAR A INVESTIGACIONES POSTERIORES EN RELACIÓN A LAS DISTINTAS SOSPECHAS CLÍNICAS.

CATETERES Y DRENAJES

1- Catéteres intravasculares:

Material necesario:

Guantes estériles; gasas estériles; pinza y tijera u hoja de bisturí estériles; recipiente estéril; alcohol al 70%; iodopovidona solución

Técnica de recolección

-Higienice sus manos con alcohol gel

-Retire los puntos que fijan el catéter

-Realice la antisepsia de la piel que rodea la entrada del catéter (alrededor de 10 cm) con alcohol y gasa. Deje secar

-Repita la misma operación con iodopovidona. Deje secar.

- Prepare el campo con los elementos que se va a utilizar
- Colóquese los guantes
- Abra el recipiente donde colocará la punta del catéter
- Retire el catéter con la máxima asepsia.
- Con la ayuda de la pinza y la tijera o bisturí, corte los 5 cm distales del catéter, que corresponden a la porción intravascular.
- Introduzca el segmento del catéter en el recipiente
- ✓ Tamaño de la muestra
3 a 5 cm de la porción distal.
- ✓ Conservación y transporte
Envíe la muestra al laboratorio antes de los 30 minutos.

2-Otros catéteres y drenajes:

Son muestras que no se procesan habitualmente en el laboratorio, por lo que se recomienda conectarse con el Servicio de Microbiología antes de enviar la muestra.

MEDULA OSEA: ASPIRADO

- ✓ Indicaciones:
 - Infecciones fúngicas: histoplasmosis, criptococosis, candidiasis diseminada.
 - Infecciones bacterianas: tuberculosis, brucelosis.
- Material:
Guantes estériles; gasas estériles; compresa estéril; material para anestesia local; material para punción ósea; iodopovidona; alcohol al 70%; tubos de hemocultivo (lisis-centrifugación)
- Técnica de recolección
 - Localización: la punción se realiza fundamentalmente en el esternón (alternativas válidas: cresta ilíaca, apófisis vertebrales y en niños meseta tibial).
 - Higienice sus manos con alcohol gel
 - Realice la antisepsia de la piel con alcohol al 70% y gasa estéril en un área de 10 cm de diámetro alrededor de la zona elegida para la punción. Deje secar.
 - Repita la operación con iodopovidona solución. Deje secar.
 - Prepare el campo que va a utilizar con las jeringas y agujas que se usarán
 - Colóquese los guantes estériles y ubique la compresa estéril de acuerdo al lugar donde se efectuará la punción
 - Aplique anestesia local y realice la punción aspiración de la médula.
 - El volumen obtenido no debe ser inferior a 1 ml.
- ✓ Conservación y transporte
Mantenga a temperatura ambiente y envíe rápidamente al laboratorio. Puede conservarse varias horas a temperatura ambiente, siempre que la toma haya sido realizada de forma absolutamente estéril.

MUESTRAS RESPIRATORIAS

1. Esputo

- ✓ Recoja la primera muestra de la mañana
- ✓ Indíquele al paciente que cepille bien sus dientes con agua y enjuague su boca con bicarbonato

- ✓ La muestra debe obtenerse por expectoración profunda y no contener saliva
- ✓ Si el paciente tiene muguet oral, incluya el dato en la solicitud para que el laboratorio lo tenga en cuenta al analizar la muestra.
- ✓ Recoja la muestra en recipiente estéril con tapa a rosca
- ✓ Conservación y transporte

Si la solicitud es de **cultivo**, la muestra puede permanecer a temperatura ambiente. Para **Bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR)**, la muestra debe refrigerarse hasta un máximo de 24 horas

En ambos casos envíelas al laboratorio tan pronto como sea posible.

2.Lavado broncoalveolar

- ✓ La muestra se recoge mediante broncoscopio
- ✓ Coloque una alícuota del lavado en frasco estéril
- ✓ Envíe lo más pronto posible al laboratorio, si no, manténgala refrigerada hasta su procesamiento hasta un máximo de 24 horas.

COPROCULTIVO

- ✓ En pacientes hospitalizados, no solicitar coprocultivo luego del 3º día de internación en forma rutinaria, sólo en situaciones especiales (inmunocomprometidos por ej)
- ✓ Indicar en el pedido cual es el diagnóstico presuntivo.
- ✓ Solicitar investigaciones específicas (*C. difficile*, *C. perfringens*, *S. aureus*)

Técnica de recolección

-Realice el hisopado después de una deposición.

-Introduzca el hisopo estéril sobrepasando un poco el esfínter anal, rote y esperar entre 20 y 30" antes de retirarlo, permitiendo que se absorban los microorganismos

-Coloque el hisopo en medio de transporte de Stuart.

-Si las heces fueran líquidas, recoléctelas en frasco estéril.

Conservación y transporte

- ✓ Mantenga la muestra a temperatura ambiente hasta su envío al laboratorio
- ✓ Para detección de toxina de *Clostridium difficile*, puede mantenerse hasta 48 hs en la heladera.
- ✓ Para detección de *Shigella*, no refrigerar.

Uso adecuado de antibióticos

ASPECTO FUNDAMENTAL

Los errores en la prescripción de antimicrobianos son frecuentes y semejantes en todo el mundo. Extensa evidencia sugiere que existe asociación causal entre la utilización de antibióticos y la emergencia de resistencia bacteriana, aún cuando éstos sean utilizados de manera adecuada. El aumento de esta resistencia ha sido relacionado con el aumento de la morbilidad y mortalidad de las infecciones hospitalarias y de los costos de atención.

RECOMENDACIONES

EL COMITÉ DE INFECCIONES DEBERÁ

- ✓ Vigilar el uso de antibióticos (ATB)
- ✓ Restringir el vademécum de ATB a lo mínimo necesario
- ✓ Revisar el vademécum periódicamente según necesidad, costos y patrón de sensibilidad bacteriana
- ✓ Educar en forma permanente al cuerpo médico
- ✓ Elaborar guías de tratamiento y profilaxis, junto a los servicios involucrados
- ✓ Analizar periódicamente las solicitudes de ATB especiales
- ✓ Establecer un sistema de auditoría en determinadas situaciones como por ejemplo: pedido de antibióticos sin cultivos previos, uso de antibióticos por más de 21 días, uso de 5 o más antimicrobianos durante un determinado lapso, uso de 3 o más drogas simultáneas, profilaxis quirúrgica que se extiende más de 48 horas, uso de formas endovenosas cuando podría usarse la vía oral, otras.
- ✓ Informar a los médicos sobre el impacto de sus decisiones en el presupuesto y la ecología bacteriana

QUIENES PRESCRIBEN Y ADMINISTRAN LOS ATB DEBERÁN

- ✓ Cumplir con las guías de tratamiento, profilaxis y administración
- ✓ Utilizar los formularios específicos para solicitud de ATB especiales
- ✓ Solicitar la interconsulta de especialistas en situaciones definidas
- ✓ Informarse sobre la microbiología hospitalaria y tasas de resistencia
- ✓ Consultar a especialistas en situaciones definidas

RESISTENCIA A LA VANCOMICINA

- ✓ El uso de vancomicina ha sido relacionado con la colonización / infección por *Enterococcus* resistente y a la emergencia de *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis* con sensibilidad disminuida a la misma. Para minimizar este riesgo, se recomienda **evite** el uso de vancomicina en situaciones como:
 - *Uso rutinario como profilaxis en cirugía
 - *Terapia empírica inicial en pacientes neutropénicos
 - *Terapia empírica sostenida para infecciones en pacientes con cultivos negativos
 - *Terapia sistémica o local de infección por catéter vascular

*Erradicación de la colonización por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR)

*Tratamiento primario de colitis pseudomembranosa

*Profilaxis de rutina en pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria o hemodiálisis

*Tratamiento de infecciones por bacterias Gram (+) sensibles a betalactámicos en pacientes con insuficiencia renal

*Tratamiento tópico o en soluciones para irrigación

Aislamiento de enfermedades transmisibles

ASPECTO FUNDAMENTAL

La forma más efectiva de detener la diseminación de una infección entre pacientes y entre pacientes y personal de salud es mediante medidas de aislamiento.

RECOMENDACIONES

PRECAUCIONES ESTÁNDAR

- ✓ Trate a todos los pacientes, sin importar su diagnóstico, de manera de minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo
- ✓ **La higiene de las manos** es esencial después de todo contacto con pacientes, sangre, fluidos orgánicos o materiales contaminados, se hayan o no utilizado guantes. **Recuerde los cinco momentos.**
- ✓ Utilice **guantes** si se va a estar en contacto con sangre, fluidos orgánicos u objetos contaminados. Cámbielos entre un paciente y otro y en un mismo paciente, para pasar de un sitio contaminado a otro más limpio. **Su uso no sustituye el lavado de manos.**
- ✓ **No toque otros elementos del entorno con los guantes puestos.** Así usted disemina gérmenes
- ✓ Utilice **bata, barbijo, antiparras** y cualquier otro elemento de barrera ante la posibilidad de salpicaduras con sangre o fluidos orgánicos.
- ✓ Tenga en cuenta que todos los equipos y elementos reutilizables deben ser lavados y desinfectados o esterilizados según corresponda antes de ser utilizados con un nuevo paciente. (Ver “Procesamiento..... pág. 15)
- ✓ Coloque la ropa de cama sucia en bolsas impermeables que eviten derrames.
- ✓ Deseche los elementos punzocortantes como agujas, hojas de bisturí u hojas de afeitar en recipientes resistentes a las perforaciones (descartadores) inmediatamente luego de haber sido utilizados.
- ✓ No intente re-encapuchar agujas, esta conducta genera accidentes. Si es inevitable, hágalo con una sola mano.
- ✓ Lleve el descartador al lugar donde se realizará la práctica.
- ✓ Respete y haga respetar la normativa de limpieza i desinfección para áreas comunes y especiales (quirófanos, hemodiálisis, habitaciones de aislamiento, etc.) (Ver “Limpieza y desinfección..... Pág 8)
- ✓ Respete y haga respetar las precauciones especiales (protección /contacto / gotitas / aire)
- ✓ Deseche los residuos biocontaminados en bolsas rojas según norma. (Ver “Desecho.... pág 13)

PRECAUCIONES ESPECIALES (Se suman a las precauciones estándar)

Precauciones respiratorias (aire)

- Se aplican a pacientes con enfermedades transmisibles por microgotas de menos de 5 micras de tamaño

ENFERMEDAD	DURACION
Tuberculosis bacilífera	Hasta la negativización de la baciloscopía del pte y su acompañante// Hasta 15 días de tto. efectivo
Sarampión <i>Contactos susceptibles</i>	Hasta 5 días después de aparecer la erupción <i>Desde el día 8 del 1º contacto al día 12 del último (tener en cuenta pródromo de 5 días)</i>
Varicela <i>Contactos susceptibles</i>	Hasta la aparición de costras <i>Desde el día 13 del 1º contacto al día 21 del último (tener en cuenta pródromo de 2 días)</i>
Herpes zoster diseminado en cualquier tipo de huésped o localizado en inmunocomprometido	Durante la enfermedad

- **Ubique al paciente en habitación individual**, con **presión negativa** (6 a 12 recambios de aire por hora). Esta posibilidad sólo existe en los box 06, 12, 13 y 19 de UTI; en las camas 257, 258 y 259 del Sector B2 y en las camas 15 y 16 de AEP ya que cuentan con sistema diferencial de ventilación con presión negativa y no recirculación de aire. En el caso de UTI y el Sector B2, el extractor debe permanecer encendido durante toda la internación del paciente (se enciende desde fuera de la habitación). En el caso de AEP, permanece encendido en forma continua a cargo de bioingeniería.
Las puertas deben permanecer **cerradas** y en el caso de haber doble puerta, cerrar la primera antes de abrir la segunda para evitar que se produzca corriente de aire.
- **Colóquese Barbijo para protección respiratoria N 95** antes de ingresar a la habitación y mientras se permanezca en ella. El personal que haya padecido varicela o sarampión o esté vacunado, no necesita protección respiratoria para tener contacto con dichas patologías, ya que no es huésped susceptible
- Utilice otros elementos de barrera de acuerdo a Precauciones Estándar
- **Limite el ingreso de elementos y de personal innecesario y estudiantes**
- **Limite el movimiento y transporte del paciente** fuera de la habitación. Si sale, colóquese barbijo N95 (o común si no lo tolera), y comuníquese con el servicio que lo recibirá
- Deseche **secreciones respiratorias en recipiente tapado y con bolsa roja** dentro de la habitación.

- **Higienice sus manos** luego de contacto con el paciente.
- **Disponga de elementos de atención exclusivos** (tensiómetro, estetoscopio, etc.) para estos pacientes, dentro de la habitación
- **Asegúrese que se cumple la rutina de limpieza y desinfección** de la unidad del paciente una vez por turno.

Precauciones de contacto respiratorio (gotitas de Flügge)

- Se aplican a pacientes con enfermedades transmisibles por microgotas mayores de 5 micras de tamaño.

ENFERMEDAD	DURACION
Meningitis meningocócica	Hasta cumplir 1 día de tratamiento antibiótico
Difteria faríngea	Hasta tener 3 cultivos negativos
Tos convulsa	Hasta cumplir 7 días de tto. antibiótico
Parotiditis <i>Contactos susceptibles</i>	Hasta 9 días después de aparecer la tumefacción <i>Desde el día 10 del 1º contacto al día 25 del último (tener en cuenta pródromo de 2 días)</i>
Rubéola <i>Contactos susceptibles</i>	Hasta 7 días después de aparecer el rash <i>Desde el día 7 del 1º contacto al día 23 del último (tener en cuenta pródromo de 5 días)</i>
Escarlatina	Hasta cumplir 1 día de tratamiento antibiótico
Influenza	Durante 14 días
Faringitis estreptocócica	Hasta cumplir 1 día de tratamiento antibiótico
Parvovirus B19 + anemia	Durante la enfermedad
Adenovirus	Durante 14 días
Herpes zoster localizado en inmunocompetente	Durante la enfermedad hasta la aparición de costras
Infecciones virales hemorrágicas (FHA, Hantavirus, Ebola, etc.)	

- **Ubique al paciente en habitación individual o cohorte.** Puede mantener la puerta abierta.
- **Colóquese barbijo de tipo quirúrgico** para permanecer a menos de 1 metro de distancia del paciente. Las personas que hayan padecido la enfermedad que origina el aislamiento no necesitan usarlo.
- Utilice otros elementos de barrera de acuerdo a Precauciones Estándar
- **Limite el ingreso de elementos y de personal innecesario y estudiantes**
- **Limite el movimiento y transporte del paciente** fuera de la habitación. Si sale, clocarle barbijo de tipo quirúrgico, y comunicarse con el servicio que lo recibirá

- Deseche **secreciones respiratorias en recipiente tapado y con bolsa roja** dentro de la habitación.
- **Higienice sus manos** luego de contacto con el paciente.
- **Disponga de elementos de atención exclusivos** (tensiómetro, estetoscopio, etc.) para estos pacientes, dentro de la habitación
- **Asegúrese que se cumple la rutina de limpieza y desinfección** de la unidad una vez por turno, **con énfasis en las superficies que rodean al paciente**, ya que se contaminan cuando el paciente tose o estornuda.

Precauciones de contacto

- Se aplican a pacientes portadores de gérmenes o enfermedades que pueden transmitirse por contacto directo entre las personas o indirecto a través de las manos del personal u objetos contaminados.

ENFERMEDAD	DURACION
Conjuntivitis gonocócica	Hasta cumplir 1 día de tratamiento antibiótico
Conjuntivitis viral y hemorrágica	Durante la enfermedad
Impétigo	Hasta cumplir 1 día de tratamiento antibiótico
Escabiosis / Pediculosis	Durante la enfermedad
Rubéola congénita	Durante el 1º año de vida
Herpes simple	Durante la enfermedad
Infección o colonización por gérmenes multirresistentes	Hasta el alta del paciente. Alerta ante un reingreso
Infección de tejidos por Streptococcus pyogenes (Grupo A)	Hasta 24 horas después de haber administrado terapia adecuada o hasta que los cultivos sean negativos
Virus sincicial respiratorio	Durante la enfermedad
Difteria cutánea	Hasta cumplir tto. antibiótico
Diarrea aguda con o sin documentación microbiológica	Durante la enfermedad
Hepatitis A	Durante la enfermedad
Meningitis viral	Durante 7 días
Enterocolitis necrotizante	Durante la enfermedad
Fiebre tifoidea	Durante la enfermedad
Síndrome de Guillan Barré	Durante la enfermedad
Celulitis, abscesos o escaras de gran tamaño	Durante la enfermedad

- Ubique al paciente preferentemente en **habitación individual o cohorte** con otros que tengan la misma enfermedad o germen. Si debe compartir la habitación, busque un paciente que no sea susceptible de adquirir la enfermedad o germen en cuestión.
- Utilice otros elementos de barrera de acuerdo a Precauciones Estándar

- **Limite el ingreso de elementos y de personal innecesario y estudiantes**
- **Limite el movimiento y transporte del paciente** fuera de la habitación. Si es necesario trasladarlo, mantenga las precauciones y comuníquese con el servicio que lo recibirá
- **Disponga de elementos de atención exclusivos** (tensiómetro, estetoscopio, etc.) para estos pacientes, dentro de la habitación
- **Asegúrese que se cumple la rutina de limpieza y desinfección** de la unidad una vez por turno, **con énfasis en las superficies que rodean al paciente** y pueden ser contaminadas con material infectivo. Los ya que se contaminan cuando el paciente tose o estornuda.
- **Higienice sus manos** luego de contacto con el paciente.
- En pacientes con **ERV (enterococo resistente a vancomicina)**, colóquese los guantes **antes de entrar en la habitación**.
- Deseche **material infectivo (materia fecal) en recipiente con bolsa roja**
 - ❖ La sospecha o confirmación de enfermedad por priones NO requiere precauciones especiales, sólo debe desecharse como residuo biocontaminado en bolsa roja, restos de líquido cefalorraquídeo, tejido cerebral u ocular. En caso de material no desechable, consulte con el Servicio de Esterilización.

Precauciones protectoras

- ✓ Se aplican a pacientes transplantados o neutropénicos y tiene como objetivo protegerlos contra microorganismos potencialmente patógenos y que pueden ser transmitidos desde otros pacientes o desde el personal que los atiende.

ENFERMEDAD	DURACION
Transplante	Hasta el alta
Neutropenia (< 500 neutrófilos por mm^3 o < 1000 y que se espera que bajen más)	Durante la enfermedad

- **Ubique al paciente preferentemente en habitación individual.** Podría compartirla con un paciente no infectado y con buenos hábitos de higiene. Restrinja el ingreso de personas.
- La habitación individual y con condiciones edilicias especiales sólo es necesaria para para transplantados de médula ósea.
- El personal de salud y visitantes deben estar vacunados con vacuna antigripal anual, triple viral y varicela
- **Higienice sus manos con alcohol gel** antes de ingresar a la habitación. Recuerde los cinco momentos.
- **No permita el ingreso de flores, revistas o peluches**
- Utilice elementos de barrera sólo para precauciones estándar
- **Colóquese barbijo de tipo quirúrgico sólo si usted padece alguna infección respiratoria y es indispensable que ingrese a la habitación.**

- **Si su ropa no está limpia, colóquese un camisolín o bata limpio sobre ella.**
- **Respete las normas de asepsia** en todas las prácticas que realice
- **Limite el ingreso de elementos y de personal innecesario y estudiantes**
- **Limite el movimiento y transporte del paciente** fuera de la habitación. Si es necesario trasladarlo, mantenga las precauciones y comuníquese con el servicio que lo recibirá
- **Disponga de elementos de atención exclusivos** (tensiómetro, estetoscopio, etc.) para estos pacientes, dentro de la habitación
- **Asegúrese que se cumple la rutina de limpieza y desinfección** de la unidad una vez por turno, **con énfasis en las superficies que rodean al paciente**
- **Dele al paciente alimentos cocidos, o crudos si son frescos, están bien limpios y pueden comprobarse los medios de preparación**
- **BaÑe o haga bañar al paciente diariamente y asegure la higiene perineal luego de cada deposición**
- Debe cepillarse los dientes 2 veces por día. Si no lo tolera usar cepillo ultrasuave o hisopos. Puede usar hilo dental si no le causa trauma.
- En caso de mucositis, realice la higiene oral del paciente mediante buches con agua estéril, solución fisiológica o soluciones con bicarbonato de sodio.
- No debe utilizar ortodoncia ni prótesis hasta que se resuelva la mucositis.
- Está prohibido el uso de tampones
- No se permiten termómetros, supositorios o exámenes rectales

La salud del personal de la salud

ASPECTO FUNDAMENTAL

El riesgo de adquirir una infección o de transmitirla en el hospital es bien conocido y requiere de medidas de prevención.

El trabajo hospitalario constituye un riesgo para la adquisición de infecciones como resultado de la atención de los pacientes y también para la transmisión de infecciones de los trabajadores de la salud a los pacientes. Las lesiones corto punzantes son causa frecuente de transmisión de infecciones y ocurren principalmente por manipulación inapropiada de dichos objetos.

La prevención de infecciones en el trabajador permite cuidar su salud, evitar las restricciones laborales y reducir las infecciones hospitalarias.

RECOMENDACIONES

- ✓ Concurra a los controles periódicos indicados por la ART
- ✓ Cumplimente los esquemas de vacunación correspondientes
- ✓ Asesórese sobre los riesgos reales de infección y las medidas de prevención que debe cumplir de acuerdo a su puesto de trabajo
- ✓ Sepa qué hacer y a quién recurrir ante una exposición accidental a un agente infeccioso
- ✓ Implemente precozmente medidas de precaución especiales para pacientes con diagnóstico o sospecha de enfermedad transmisible.
- ✓ Si hubiera un trabajador con diagnóstico o sospecha de enfermedad transmisible se deberán suspender o adecuar sus tareas. En cada caso particular, evalúe el tipo de problema o patógeno que padece, su transmisibilidad, el tipo de tarea que desarrolla el trabajador y su adhesión a las prácticas recomendadas.

INFECCIONES QUE EL TRABAJADOR PUEDE TRANSMITIR A SUS PACIENTES

1. Infecciones de piel

- ✓ El ***Staphylococcus aureus*** (SA) puede colonizar nariz, periné, axilas, piel en general y pelo de los trabajadores, pero es más probable que sean portadores los individuos con lesiones dérmicas como eczema o forúnculos. Los portadores pueden diseminar SA a los pacientes con catéteres o heridas por contacto directo o, menos comúnmente, a través de escamas de la piel. El lavado de manos con jabón antiséptico, el uso de elementos de barrera como guantes, barbijo, gorro o camisolín según el caso y la buena conducta dentro del quirófano, constituyen las principales medidas de prevención para el SA

- ✓ El ***Streptococcus Grupo A*** (SGA) es un patógeno de la piel y la faringe, pero puede también colonizar recto y tracto genital femenino. La transmisión se produce por lo general, a través de gotas grandes. Se debe investigar la existencia de personal portador en caso de aumento de casos de infección de herida por este microorganismo. Se deba aplicar restricciones laborales a los trabajadores con infección por SGA hasta 24 horas después de haber administrado terapia adecuada o hasta que los cultivos sean negativos.
- ✓ El **Herpes simple tipo I** puede ser transmitido por los trabajadores a los pacientes a través de lesiones primarias o recurrentes por contacto directo. La principal medida de prevención es el lavado de manos con antiséptico antes del contacto con pacientes. El panadizo herpético es una enfermedad ocupacional frecuente en trabajadores que se exponen frecuentemente a fluidos contaminados como secreciones vaginales o lesiones e la piel. Los trabajadores con panadizo herpético deben usar guantes para prevenir la transmisión del virus a sus pacientes. Se puede considerar la aplicación de restricciones laborales a trabajadores que se desempeñan en la atención de pacientes de riesgo como neonato, quemados graves o inmunocomprometidos.
- ✓ El personal con **micosis en uñas y manos**, puede transmitirla a sus pacientes durante la realización de prácticas invasivas, especialmente si éstos tienen algún grado de inmunocompromiso.

2. Infecciones entéricas

- ✓ Los microorganismos causantes de la **diarrea aguda** en el trabajador de la salud se transmiten, en su mayoría, por contacto directo e indirecto. Los trabajadores pueden ser portadores asintomáticos de *Salmonella* o *Campylobacter* durante la convalecencia y aún durante un período prolongado posterior. El lavado cuidadoso de las manos, especialmente después de ir al baño, es la medida más importante para prevenir la transmisión de estos patógenos. El personal que padece diarrea infecciosa aguda no debe atender pacientes hasta que haya mejorado. Las pruebas para detección de portadores se reservan para el personal que manipula alimentos.
- ✓ La **Hepatitis A** raramente ocurre como infección intrahospitalaria. Su prevención se logra mediante una adecuada higiene personal, especialmente el lavado de manos.

3. Enfermedades respiratorias

- ✓ El **resfriado común** en los adultos es causado por los virus *Parainfluenza*, *Adenovirus*, *Rinovirus* o *Sincitial respiratorio*. Los trabajadores de la salud son fuentes importantes de estos virus. La prevención de la transmisión se logra mediante el lavado cuidadoso de las manos antes del contacto con los pacientes. El uso de barbijo puede ser útil para evitar la transmisión por gotas grandes durante el contacto cercano. Se debe evitar el contacto del personal afectado con pacientes de alto riesgo como los inmunocomprometidos. Pueden considerarse las restricciones laborales para el personal sintomático.
- ✓ Las epidemias de **Influenza** son bien conocidas en los hospitales, ya que se transmite fácilmente entre trabajadores y pacientes. La mejor estrategia es

la vacunación anual del personal varias semanas antes del período de alta incidencia de la enfermedad (otoño)

- ✓ **Tuberculosis:** Todo trabajador de la salud que presente síntomas sugestivos de tuberculosis (tos de más de tres semanas, fiebre persistente y pérdida de peso) debe ser sometido a un examen físico y RX de tórax. Si se le diagnostica tuberculosis activa, se deben evaluar todos sus contactos y tomar medidas estrictas de restricción laboral. Podrá poder volver a sus tareas cuando el frotis de esputo sea negativos y esté bajo tratamiento efectivo. No se debe excluir de sus tareas habituales al personal que presente tuberculosis extrapulmonar, ni que esté recibiendo quimioprofilaxis por PPD positiva, se haya negado a ella, o no la haya completado. En los dos últimos casos, instruirlo para que consulte inmediatamente ante cualquier síntoma sugestivo de TBC.
- ✓ **Varicela, sarampión y parotiditis:** Los trabajadores susceptibles a estas enfermedades y que hayan estado en contacto con personas que las padecían, son "posibles fuentes de contagio". La prevención debe hacerse a través de la vacunación del personal susceptible, especialmente de hospitales o salas de pediatría, y del aislamiento oportuno de dicho personal (ver "Aislamiento.....", pág. 54)

4. Patógenos de la sangre

- ✓ **Recomendación general:** cuando un paciente sea expuesto a sangre o líquidos corporales de un trabajador de la salud, a éste último se le deben practicar exámenes serológicos para detección de patógenos en sangre.
- ✓ **Hepatitis B (VHB):** Los trabajadores de la salud con hepatitis B activa o aquellos que son portadores pueden transmitirla a sus pacientes. El riesgo de transmisión del VHB es mayor que para el VHC o el VIH. Cirugías en las que las posibilidades de lesiones por pinchazo son mayores, como la histerectomía vaginal, la cirugía pélvica mayor y la cirugía cardiovascular, están asociadas con la transmisión del VHB a pesar del uso de procedimientos adecuados para el control de infecciones. El trabajador con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo (Ags HB) y dermatitis exudativa en áreas del cuerpo que pueden hacer contacto con los pacientes, también es una fuente de transmisión. Las medidas de prevención son: restringir la participación del personal con Ags HB positivo en cirugías ginecológicas y cardíacas y uso de doble guante en forma rutinaria por parte de los trabajadores VHB positivos ante la posibilidad de contacto de su sangre o fluidos con el paciente.
- ✓ **Hepatitis C (VHC) e inmunodeficiencia humana (VIH):** El riesgo de transmisión de VIH es probablemente 100 veces menor que el de hepatitis B. El de hepatitis C, se encuentra en un nivel intermedio entre ambos. No se debe prohibir que los trabajadores infectados por VHC o VIH asistan a pacientes, pero deben adherirse estrictamente a las precauciones estándares recomendadas por la institución y utilizar doble guante para procedimientos invasivos. Prestar atención a la posibilidad de que los infectados con VIH puedan padecer alguna infección oportunista como TBC, *varicela zoster* o especies de *Salmonella* y *Cryptosporidium*, ante lo cual se deberán tomar las medidas del caso.

LA TRABAJADORA DE LA SALUD EMBARAZADA

- ✓ No debe considerarse a la trabajadora embarazada (TE) como un huésped inmunocomprometido.
- ✓ La TE debe adherir rigurosamente a las precauciones estándares recomendadas por la institución, ya que las mismas son altamente eficaces para reducir el riesgo de adquirir la mayoría de las enfermedades transmisibles en el personal de salud.
- ✓ Muchas infecciones de relevancia para la TE como el sarampión, paperas o rubéola pueden ser prevenidas mediante la vacunación de las trabajadoras susceptibles en edad fértil.
- ✓ No aplicar vacunas a virus vivo atenuado durante el embarazo (sarampión, rubéola, otras)
- ✓ La TE puede y debe vacunarse contra hepatitis B.
- ✓ La TE tiene recomendación específica de aplicarse vacuna antigripal.
- ✓ El embarazo no limita la posibilidad de indicar profilaxis antirretroviral post exposición. En este caso se debe brindar a la TE toda la información disponible sobre riesgo beneficio para ella y el feto.
- ✓ Se sugiere remover a la TE de la atención directa de pacientes con crisis de anemia aplásica y anemia hemolítica crónica en el contexto de la inmunosupresión con alta sospecha o confirmación de infección por Parvovirus B19.
- ✓ Los pacientes con rubéola, rubéola congénita o los contactos susceptibles no deben ser atendidos por la TE susceptible durante los primeros 5 meses de embarazo.

RECOMENDACIONES POST EXPOSICION DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA

ENFERMEDAD	ACCIONES
Parvovirus B19	Determinación de IgG-IgM específica
Rubéola, Paperas	Determinación de IgG-IgM específica
Sarampión	Determinación de IgG-IgM específica Gammaglobulina polivalente dentro de los 6 días post exposición
Varicela	Determinación de IgG-IgM Inmunoglobulina específica para varicela zoster dentro de las 96 horas post exposición.
VHB	Gammaglobulina hiperinmune específica y vacuna
VIH,	Consensuar con la trabajadora la administración de antirretrovirales.
Sífilis	Penicilina 2.400.000 U post exposición.
Infecciones meningocóccicas,	Ceftriaxona 250 mg IM única dosis.
Tuberculosis	PPD y profilaxis con Isoniacida según necesidad

VACUNAS RECOMENDADAS PARA EL PERSONAL DE SALUD

Vacunación del personal de la salud Recomendaciones ACIP, SADI, M. Salud

Vacuna	Indicación, esquema, control
Hepatitis B	Tres dosis (0,1,6 meses) IM Control Anti HBSAg >10 UI/L 2 meses luego de última dosis ☆
Influenza	Una dosis IM anual en época pre-epidémica
Sarampión Rubeola, Parotiditis ☆☆	2 dosis SC (0-1 mes) en susceptibles o sin vacuna previa
Varicela	2 dosis SC (0-1 mes) en susceptibles, sin vacuna previa o sin antecedentes de enfermedad
Doble adulto (dT)	Esquema primario completo (3 dosis) y luego un refuerzo cada 10 años
Triple acelular (dTPa)	Una única dosis en reemplazo de una de las dosis de dT
Meningococo	Indicada para personal de laboratorio en contacto con <i>N. meningitidis</i> . Seleccionar vacunas en base a datos epidemiológicos

☆ Evaluar refuerzo en base a resultados de Anti HBs AG

☆☆ Alternativa: doble viral (sarampión - rubeola)

Manejo de accidentes con exposición a fluidos

ASPECTO FUNDAMENTAL

El riesgo de transmisión después de una lesión corto punzante es de entre el 5 y el 30 % para la hepatitis B.

El riesgo de transmisión del HIV después de una lesión corto punzante es de 0,3 % y del 0,1 % después de la exposición en mucosas.

El riesgo de transmisión de hepatitis C es de entre el 5 y el 10 %.

RECOMENDACIONES

PREVENCIÓN

- ✓ Respete las precauciones estándares en lo referente a uso de elementos de barrera ante posibilidad de contacto con sangre fluidos
- ✓ No re-encapuche agujas. Si es indispensable hacerlo, utilice la técnica de una sola mano.
- ✓ Deseche los elementos cortopunzantes en descartadores adecuados según el caso, en el lugar donde se realizó la práctica, evitando trasladar sobre bandejas o carros agujas ya utilizadas.
- ✓ En quirófanos, utilice bandeja intermediaria para entregar y recibir corto punzantes
- ✓ Cumplimente el esquema de vacunación contra hepatitis B. Controle el nivel de anticuerpos en el tiempo estipulado para evaluar necesidad de refuerzo.

PASOS A SEGUIR FRENTE A UN ACCIDENTE

- ✓ **Suspenda la actividad** que se esté realizando.
- ✓ **Lave con abundante agua y jabón.** No aplique ningún otro tipo de sustancia
- ✓ En caso de salpicadura sobre mucosa, **lave con abundante agua o solución fisiológica**
- ✓ **Identifique al paciente** fuente y su serología. Si no se conoce, tome una muestra de sangre para determinación de HIV, Hepatitis B y Hepatitis C, previo consentimiento del paciente para la primera.
- ✓ **Si el paciente es HIV conocido**, averigüe si la infección es reciente o avanzada, qué tratamiento recibe y recibió, valores de carga viral y CD4.
- ✓ **Constata si el elemento corto punzante** era hueco o sólido, si tenía sangre visible, y cuándo fue utilizado por última vez.
- ✓ Tenga en cuenta que se consideran capaces de transmitir el virus del HIV: sangre, fluidos corporales sanguinolentos, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, pericárdico, sinovial, amniótico, cultivos virales o tejidos.
- ✓ **Tome muestra de sangre del accidentado** para determinación de HIV, Hepatitis B y Hepatitis C y dosaje de anticuerpos anti-Hbs Ag si no lo conociera.

- ✓ **Comunique el accidente** y las circunstancias del mismo al superior inmediato.
- ✓ **Solicite asesoramiento médico** a la guardia de Clínica Médica, quienes evaluarán, según el nivel de riesgo, la necesidad de ofrecer o recomendar profilaxis.
- ✓ De iniciar **profilaxis para HIV**, debe hacerlo **antes de las dos horas de ocurrido el accidente**
- ✓ **Denuncie el accidente** en la guardia, donde se le confeccionará al accidentado una ficha de atención
- ✓ **Continúe** con los controles según su ART

PROFILAXIS POST- EXPOSICIÓN

HEPATITIS B

PERSONA EXPUESTA	FUENTE Ag HBs (+)	FUENTE Ag HBs (-)	FUENTE DESCONOCIDA
NO VACUNADA O CON ESQUEMA INCOMPLETO	IGHB* x 1 dentro de las 48 hs. + iniciar o completar plan de vacunación	Iniciar o completar plan de vacunación	Iniciar o completar plan de vacunación
VACUNADA Y CON TITULO DE ANTICUERPOS ANTI Ag HBs > 10 ui/l	Ningún tratamiento	Ningún tratamiento	Ningún tratamiento
VACUNADA Y CON TITULO DE ANTICUERPOS ANTI Ag HBs < 10 ui/l	IGHB* x 2 (con intervalo de 1 mes) ó IGBH* x 1 + nuevo plan de vacuna anti HB	Ningún tratamiento	Si la fuente es de alto riesgo, tratar como Ag HBs (+)
VACUNADA Y CON TITULO DE ANTICUERPOS ANTI Ag HBs DESCONOCIDO	Medir nivel de anticuerpos: >10 ui/l ningún tto <10 ui/l IGBH* x 1 + refuerzo de vacuna anti HB	Ningún tratamiento	Medir nivel de anticuerpos: >10 ui/l ningún tto <10 ui/l refuerzo de vacuna anti HB y posterior control de anti Ag HBs

* Inmunoglobulina específica para Hepatitis B

HEPATITIS C

- ✓ No existe vacuna ni tratamiento efectivo, hasta el momento
- ✓ Solicitar serología al accidentado y hacer controles periódicos

Control del agua y los alimentos

ASPECTO FUNDAMENTAL

Debido a que no es estéril, el agua del hospital puede ser fuente de infecciones nosocomiales.

Los niveles altos de bacterias en el agua del hospital, en el líquido de diálisis, en los lavamanos y en las duchas se han asociado con brotes de enfermedad o colonización de las manos.

Los alimentos pueden contener microorganismos patógenos o sus toxinas desde su origen o contaminarse durante su procesamiento, conservación o manipulación.

El consumo de alimentos contaminados frecuentemente produce enfermedad intestinal de corta duración, pero en niños o huéspedes especiales puede producir la muerte.

RECOMENDACIONES

AGUA

- ✓ Analice periódicamente el agua del hospital y por lo menos mensualmente el agua utilizada en hemodiálisis.
- ✓ El agua potable del hospital debe contener < 1 bacteria coliforme / 100 ml.
- ✓ Utilizar agua estéril para enjuagar elementos sometidos a desinfección de alto nivel

ALIMENTOS

- ✓ Higienice sus manos antes de ingerir alimentos o fumar.
- ✓ **No consuma alimentos en los lugares de atención a pacientes (consultorios, salas de internación) o donde se manipulan partes anatómicas o sustancias biológicas (laboratorio, patología)**
- ✓ Las heladeras que son utilizadas para conservación de medicamentos o sustancias biológicas no deben ser utilizadas para guardar alimentos. En caso de no tener otra opción, establezca espacios bien delimitados para cada cosa y utilice contenedores cerrados.
- ✓ Respete las guías de "Buenas Prácticas de Manufactura" elaboradas por el Instituto del Alimento de la Municipalidad de Rosario para ser aplicadas en la Estación de Regeneración de Alimentos (cocina)

Transporte de pacientes

ASPECTO FUNDAMENTAL

Las camillas y sillas de ruedas son utilizadas diariamente por un gran número de pacientes, algunos de ellos portadores de enfermedades transmisibles y otros susceptibles de contraerlas.

Las camillas o sillas de ruedas sucias pueden favorecer las infecciones cruzadas.

RECOMENDACIONES

- ✓ Cumplimente el esquema de vacunación contra hepatitis B y respete las precauciones estándares
- ✓ Asegúrese que las camillas y sillas de ruedas tengan la cubierta de cuerina en buen estado para facilitar su limpieza.
- ✓ Lave las camillas y sillas de rueda con limpiador / desinfectante a base de amonios cuaternarios cada vez que se contaminen con sangre o fluidos corporales, que transporten un paciente con precauciones especiales o por lo menos una vez al día
- ✓ Cuando transporte un paciente con precauciones respiratorias o de contacto respiratorio, colóquele barbijo a éste (al paciente)
- ✓ Los pacientes que van a quirófano deben ir en camilla o silla de ruedas limpia y con sábanas o cubre-camilla limpio
- ✓ Utilice guantes sólo ante la posibilidad de contacto con sangre o fluidos y no en forma rutinaria.
- ✓ Si utiliza guantes para manipular un paciente, no toque con ellos las puertas u otros objetos del ambiente, para no dispersar gérmenes
- ✓ El personal que transporta pacientes no debe conectar ni desconectar sueros, drenajes o bolsas colectoras de orina, pero sí debe estar entrenado sobre el manejo de los mismos para evitar obstrucciones, interrupciones en el flujo u otras complicaciones.

Manejo de cadáveres y partes anatómicas

ASPECTO FUNDAMENTAL

Gran parte de los microorganismos que causan la muerte de las personas no sobreviven durante mucho tiempo después de la muerte del huésped. En la mayoría de las circunstancias, las personas enfermas son mucho más peligrosas que los muertos, incluyendo aquellos que han muerto por enfermedades infecciosas.

Tratar a los muertos recientes y a las piezas anatómicas con las mismas precauciones que durante su enfermedad (estándares o especiales) es una práctica segura para evitar infecciones en el personal que manipula los cuerpos.

RECOMENDACIONES

- ✓ Si usted está involucrado en la preparación o manipulación de cadáveres y partes anatómicas debe estar inmunizado contra hepatitis B.
- ✓ Utilice guantes de examinación, antiparras, bata plástica, barbijo y cualquier otro elemento de barrera que fuera necesario durante el procedimiento.
- ✓ Higienice sus manos cuidadosamente luego de retirarse los guantes.
- ✓ No ingiera alimentos en su área de trabajo.
- ✓ Si ocurriera un accidente con exposición a fluidos, proceda igual que si se tratara de un paciente con vida.
- ✓ Las superficies de la morgue y laboratorio de patología deben ser lavadas y desinfectadas por lo menos una vez al día (ver “Limpieza y desinfección..... pág 8) En salas de patología donde se trabaja con formaldehído, usar desinfectantes fenólicos.

PREPARACION DEL CADAVER

- ✓ Efectúe curaciones oclusivas en las heridas y orificios que pudieran drenar algún tipo de fluido
- ✓ Realice la preparación cosmética (higiene, rasurado, corte de uñas, etc.) según norma

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JACOB

- ✓ El líquido cefalorraquídeo, el tejido cerebral y los ojos de personas que han fallecido por esta enfermedad, pueden transmitirla por manipulación de los mismos
- ✓ Deseche en bolsa roja todo los elementos que hayan estado en contacto con estos tejidos o autoclave a 134 °C por 18 minutos.

Anexo I

Profilaxis Antibiótica Prequirúrgica Consenso 2009-HECA

- 1- Administre el ATB dentro de la **hora antes de la incisión** (2 horas antes para vancomicina y fluoroquinolonas)
- 2- Si un torniquete proximal o venda Smarch es requerido, administre la dosis de ATB antes de colocar el torniquete
- 3- Use altas dosis para pacientes con obesidad mórbida
- 4- Use **vancomicina** como agente profiláctico **solamente** cuando haya riesgo significativo de infección por SAMR
- 5- Administre **nueva dosis** de ATB cuando la cirugía se prolongue luego de dos vidas y media de la primera dosis o si hay extensa pérdida de sangre

ANTIBIÓTICO	TIEMPO DE INFUSIÓN	DOSIS	INTERVALO REDOSIS
Clindamicina	60 minutos	600 a 900 mg	3-6 hs
Ciprofloxacina	60 minutos	400 mg	4-10 hs
Gentamicina	60 minutos	1,5 mg/kg	3 a 6 hs
Metronidazol	30 a 60 minutos	0,5 a 1 gr	6-8 hs
Vancomicina	90 minutos	1 g	6-12 hs
Cefalotina	3 a 5 minutos	1 a 2 gr	3 hs
AMS	30 minutos	3 gr	2-4 hs

Cabeza y cuello	Profilaxis
Cirugías que atraviesan cavidad oral o faríngea Tumores necrosados	1,5 gr AMS (UD) o 600 mg Clindamicina (UD)
Tiroidectomía - Paratiroidectomía Parotidectomía Vaciamiento ganglionar	1 gr de Cefalotina (UD)

<i>Cirugías Oftalmológicas</i>	<i>Profilaxis</i>
Procedimientos que no invaden globo ocular	No requieren
Injuria de ojo penetrante	500 mg ciprofloxacina vo cada 12 hs por 24 hs o 200mg ciprofloxacina ev cada 12 hs por 24hs Si hay factores de riesgo para infeccion por bacilus cereus (objeto de metal, madera o en tareas rurales) agregar clindamicina 600 mg ev cada 8 hs

<i>Neurocirugía</i>	<i>Profilaxis</i>
Shunt	TMS 2 ampollas cada 12 hs por 24 hs Alternativa: 1gr Vancomicina en 90'y 1gr a las 12 hs
Craneotomía	1 gr Cefalotina (UD)
Cirugía espinal	1 gr Cefalotina (UD)
Cirugía transesfenoidal	900 mg Clindamicina (UD)
Trauma de cráneo abierto	1 gr Cefalotina c/ 6hs por 24 hs
Trauma de cráneo con fistula	nada

<i>Torax</i>	<i>Profilaxis</i>
Lobectomía y neumonectomía	1gr Cefalotina (UD)
Inserción de marcapasos definitivo	1gr Cefalotina (UD)
Tubo de tórax en traumatismos	1gr Cefalotina (UD)
Tubo en neumotorax espontáneo	Nada
Ruptura de esófago	< de 12 hs 1gr Cefalotina c/6hs por 24hs

<i>Cardiovascular</i>	<i>Profilaxis</i>
Esternotomía media	1 gr Cefalotina c/ 6 hs por 24 hs
By pass aortocoronario	1 gr Cefalotina c/ 6 hs por 24 hs
Cirugía valvular	1 gr Cefalotina c/ 6 hs por 24 hs
Cirugía vascular periférica Cirugía aórtica	1 gr Cefalotina c/ 6 hs por 24 hs
Accesos a hemodiálisis	1 gr Cefalotina c/ 6 hs por 24 hs
Amputación extremidad inferior por isquemia	1 gr Cefalotina c/ 6 hs por 24 hs

Abdomen	Profilaxis
Esófago si hay obstrucción	1 gr Cefalotina (UD)
Colecistectomía	80 mg Gentamicina (UD) o 1 gr Cefalotina (UD)
Estómago/duodeno	1 gr Cefalotina (UD)
Apendicitis	500 mg Metronidazol + 80 mg Gentamicina (UD) Si hay gangrena o absceso prolongar 3 días
Cirugía colo rectal / intestino delgado Preparado No Preparado	500 mg Metronidazol + 80 mg Gentamicina (UD) 500 mg Metronidazol + 240 mg Gentamicina por 24 hs
Abdomen agudo quirúrgico	500 mg Metronidazol + 240 mg Gentamicina por 24 hs
Herniorrafia si se utilizan mallas o prótesis	1gr Cefalotina (UD)
Cirugía hemorroides, fisura y fístula	No requiere

Preparación Mecánica para resección colónica / rectal : Día preoperatorio con fosfodón

Procedimientos endoscópicos	Profilaxis
CPRE	1gr de Ampicilina EV + 80 mg Gentamicina (UD) preprocedimiento Si drenaje de vía biliar no fue completo continuar ATB hasta que la vía biliar esté completamente drenada

<i>Ginecología y Obstetricia</i>	<i>Profilaxis</i>
Histerectomía vaginal, abdominal o laparoscópica	1 gr Cefalotina (UD) Si paciente presenta sospecha de vaginosis bacteriana comenzar día previo a la cirugía con Metronidazol 2g vo, continuando hasta cumplir 4 días de tratamiento con Metronidazol 500 mg cada 8 hs vo si se confirma el diagnóstico
Legrado aborto espontáneo primer trimestre de embarazo	200 mg Doxiciclina vo 2 hs antes del procedimiento y 100 mg a las 12 hs
Legrado aborto primer trimestre con sospechas de maniobras abortivas o aborto 2º trimestre	1 gr Cefalotina cada 6 hs por 24 hs
Procedimientos uroginecológicos que incluyan colocación de mallas	1gr Cefalotina (UD)
Cesárea	2gr Cefalotina antes de clampeo de cordón
Laparoscopia diagnóstica Laparotomía exploradora Histeroscopia Histerosalpingografía	No requieren
Miomectomía Resección de quiste de ovario Endometriosis Mastectomía Inserción de DIU	No requieren
Cerclaje Embarazo ectópico	No requieren

- Si BMI es mayor a 35 aumentar dosis de Cefalotina a 2gr
- Si existe antecedente de alergia inmediata a Bactámicos utilizar clindamicina 600 mg UD

<i>Traumatología</i>	<i>Profilaxis</i>
Fractura expuesta grado I	1 gr Cefalotina cada 6 hs por 24 hs
Fractura expuesta grado II y III	Clindamicina 600 mg cada 6 hs por 24 hs EV + Gentamicina 240 mg (UD) EV a pasar diluída en 300cc SF en 60 minutos
Artroplastia, incluyendo reemplazo	1 gr Cefalotina (UD)
Colocación de material de osteosíntesis	1 gr Cefalotina (UD)
Fractura quirúrgica	1 gr Cefalotina (UD)
Amputación por trauma	Clindamicina 600 mg cada 6 hs por 24 hs EV + Gentamicina 240 mg (UD) EV a pasar diluída en 300cc SF en 60 minutos

- Si BMI es mayor a 35 aumentar dosis de Cefalotina a 2gr
- Si existe antecedente de alergia inmediata a Blactámicos utilizar Clindamicina 600 mg UD
- **Cirugía de partes blandas** no requiere profilaxis
- **Fractura por arma de fuego que no requiere cirugía** no se realiza profilaxis
- No continuar con ATB a pesar que el paciente permanezca con catéteres o drenajes

<i>Urología</i>	<i>Profilaxis</i>
Resección de tumor o quiste renal sin contacto con vía urinaria	No requiere
Colocación de catéteres o stents	No requiere
Nerfectomía que no ingresa a cavidad	No requiere
Urolitiasis (percutánea, endoscópica)	500 mg Ciprofloxacina VO 2hs previas al procedimiento o de acuerdo a UC
Biopsia prostática (transrectal-transuretral)	500 mg Ciprofloxacina VO 12 hs antes y 500 mg 12 hs posteriores a la 1° dosis
Cirugía escrotal simple	No requiere
Colocación de prótesis de pene o cualquier cirugía protésica o Colocación de sling	1gr Cefalotina (UD)
Cistectomía con neovejiga intestinal	Preparación colónica Metronidazol 500 mg EV (UD) Gentamicina 240 mg EV diluidos en 300 cc de SF a pasar en 60-90 minutos (UD)
Prostatectomía radical	1gr Cefalotina (UD)
RTU de próstata RTU de vejiga	80 mg Gentamicina o TMS 1 ampolla (UD) EV
Uretrotomía	80 mg Gentamicina (UD) EV
Cistoscopia con orina estéril Estudios urodinámicos con orina esteril	No requiere

- Realizar **UC** de rutina a todos los pacientes a quien se les instrumentará vía urinaria y realizar tratamiento si fuese positivo durante 5 días previo a la cirugía, con **UC de control**. Si el paciente se halla sondado o la cirugía urge realizar por lo menos tratamiento durante 48 a 72 hs previo a la cirugía y continuar por 48 hs más posterior a la misma. **No** solicitar **UC de control** en caso de paciente sondado.
- Si BMI es mayor a 35 aumentar dosis de Cefalotina a 2gr

Anexo II

Profilaxis antitetánica

CLASIFICACION DE LAS HERIDAS

HALLAZGOS CLINICOS	CON TENDENCIA AL TETANOS	SIN TENDENCIA AL TETANOS
TIEMPO	> 6 HS	< 6 HS
CONFIGURACION	ANFRACTUOSA	LINEAL
PROFUNDIDAD	> 1 CM	< 1 CM
MECANISMO DE INJURIA	QUEMADURA MORDEDURA, ETC	SUPERFICIE CORTANTE (CUCHILLO- VIDRIO)
TEJIDO DESVITALIZADO	SI	NO
CONTAMINACION (TIERRA, SALIVA, ETC.)	SI	NO

ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE E INMUNOGLOBULINA

HISTORIA DE INMUNIZACION	HERIDAS CON TENDENCIA AL TETANOS		HERIDAS SIN TENDENCIA AL TETANOS	
	TOXOIDE	INMUNOG	TOXOIDE	INMUNOG
< 3 DOSIS O DESCONOCIDA	SI	SI	SI	NO
3 O MAS DOSIS	Sólo si lleva >5 años del último refuerzo	NO	Sólo si lleva >10 años del último refuerzo	NO

Anexo III

Antisépticos

Alcohol: (etílico / isopropílico): Concentración recomendada: 60 a 90 %, óptimo 70%.

Reseca la piel, lesiona el epitelio nuevo y provoca ardor en heridas abiertas.

Necesita un tiempo de contacto de 1 minuto.

No tiene efecto residual

Apto como **antiséptico** para piel sana, y como **desinfectante** de superficies externas de aparatos (respiradores, bombas, etc.), mesas de trabajo y elementos como termómetros mediante inmersión. En forma de gel puede ser utilizado para desinfección de manos (higiene en seco).

Recomendaciones: mantener en envases cerrados, no sumergir elementos de goma o látex.

Iodopovidona (solución y solución jabonosa): Concentración recomendada: jabón al 5%, solución entre el 7,5y el 10%. Apta como **antiséptico**.

La solución jabonosa puede utilizarse para el lavado de manos y el baño prequirúrgico. La solución, para la antisepsia de la piel previo a procedimientos invasivos.

Tiene un efecto residual, pero no hay datos precisos sobre cuánto es exactamente.

El yodo puede absorberse a través de cualquier superficie corporal excepto la piel intacta del adulto. No debe ser utilizado en personas alérgicas al yodo y su aplicación en heridas abiertas es controvertida.

Alcohol iodado: Concentración recomendada: 2%, a partir de yodo y alcohol al 70%.

Apto para la **antisepsia** de la piel previa a procedimientos quirúrgicos.

Tiene efecto residual.

El frasco debe mantenerse tapado para evitar que el alcohol se evapore y se altere la concentración inicial.

Gluconato de Clorhexidina: Concentración recomendada: jabonosa 4%, alcohólica o acuosa al 2% (ésta última aún no disponible en nuestro medio)

Apta como **antiséptico**. La solución jabonosa es apta para el lavado de manos y baño de pacientes, recomendado especialmente para lavado prequirúrgico ya que su efecto residual es muy prolongado.

La solución, ya sea en base acuosa o alcohólica, está recomendada para antisepsia de la piel antes de procedimientos invasivos como colocación de catéteres o incisión quirúrgica.

Su formulación al 0.12 % para higiene bucal ha demostrado ser eficaz en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

Se han hecho estudios sobre su utilización en heridas abiertas, pero en concentraciones muy inferiores a la disponible en nuestro medio. Los resultados no son definitivos.

Agua oxigenada: Concentración recomendada: 6 al 10% (difícil de lograr en nuestro mercado).

En heridas, no tiene actividad contra bacterias u otros microorganismos, pero sí podría tener un efecto desbridante de las mismas cuando existe tejido necrótico. Luego de aplicarla, se debe enjuagar con solución fisiológica. Nunca debe usarse en una herida ya desbridada ni cuando hay tejidos en formación. Tampoco en heridas profundas ni en cavidad peritoneal, pues puede provocar embolia gaseosa.

Ácido bórico: Su PH ácido evita la colonización de las heridas por ciertos microorganismos, pero es deletéreo para su cicatrización.

DG6: Su uso en el medio hospitalario no está recomendado por su pobre actividad y la rápida colonización con gérmenes hospitalarios, especialmente Gram negativos.

Azúcar: Históricamente se le han adjudicado propiedades anti infecciosas y cicatrizantes pero no existen estudios serios que demuestren claramente sus ventajas en comparación con otros productos.

Anexo IV



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
Secretaría de Salud Pública
Direc. Servicios de Laboratorio Análisis y Clínicos



Dpto. Bioquímico

SOLICITUD DE EXÁMENES MICROBIOLÓGICOS

FO-38

Versión: 01

Apellido y Nombre: Servicio: Fecha de solicitud:/...../.....

☐ Ambulatorio:

H. C. N°: Edad:

☐ Internación:

Fecha de internación:

Sala: Cama:

MUESTRA REMITIDA

Fecha de Recolección:

Forma de Obtención:

☐ Orina:

☐ Coprocultivo:

☐ Hemocultivo -Muestra:

☐ Espudo muestra:

☐ Secreción Uretral:

☐ L.C.R.:

☐ Exudado Faríngeo:

☐ Flujo Vaginal:

☐ Líquido de Punción:

☐ Exudado Nasal:

☐ Secreción de Herida:

☐ Otras:

SE SOLICITA

☐ Directo

☐ Cultivo

☐ Aeróbios

☐ Anaeróbios

☐ Micobacterias

☐ Hongos

☐ Latex criptococo

Otros

DATOS CLÍNICOS Y ANTECEDENTES

Diagnóstico Presuntivo:

Enfermedad/es de Base:

☐ Recibe ATB:

Cuál/es: Desde cuándo:

☐ Recibe inmunosupresores:

Cuál/es: Desde cuándo:

☐ Tiene catéter colocado:

Cuál/es: Desde cuándo:

☐ Estuvo internado previamente:

IM 2670

Firma y sello del médico

Recomendaciones del Comité de Control de Infecciones Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez”- Nov. 2012

Recomendaciones del Comité de Control de Infecciones Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez”- Nov. 2012