



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 07 AGO. 2023

Visto: El Expediente N°015401-2023, con la Nota Informativa N°197-2023-OESA-HNSEB, de la Oficina Epidemiología y Salud Ambiental y la Nota Informativa N°147-2023-OEPE-HSEB, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, sobre aprobación de la **"GUIA TÉCNICA: IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD"**;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N°26842 "Ley General de Salud", establece contribuir a mejorar en vigilancia epidemiológica, supervisión, control y cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias mejorando la calidad del servicio de los pacientes; el Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, disponen como ámbitos de competencias del MINSA, la salud de las personas, las epidemias y emergencias sanitarias, así como la inteligencia sanitaria;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA, se aprobó la NTS N°163-MINSA/2020/CDC: "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud", que tiene por finalidad contribuir a la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la salud (IAAAS), mediante la generación de información oportuna para la toma de decisiones;

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" que tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, los literales a), b), c) y d) del artículo 16° el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Sergio E. Bernales aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA-DM, establecen que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, es la encargada de detectar, investigar e informar oportunamente los casos de enfermedades sujetas a notificación obligatoria; detectar, investigar, informar y controlar la ocurrencia de brotes epidémicos en el nivel Hospitalario; y proponer, ejecutar y evaluar la vigilancia epidemiológica para daños que ocurren el nivel intrahospitalario así como recomendar las estrategias de intervención;

Que, mediante la Nota Informativa N°197-2023-OESA-HNSEB de fecha 07.JUL.2023, el Jefe de la Oficina Epidemiología y Salud Ambiental, ha formulado y solicita aprobación de la "Guía Técnica: Identificación, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud";

Que, mediante la Nota Informativa N°147-2023-OEPE-HSEB de fecha 11.JUL.2023, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que el Equipo de Trabajo de Organización con el Informe N°10-2023-ETORG/OEPE-HSEB, ha emitido opinión técnica favorable a proyecto de "Guía Técnica: Identificación, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", el cual cumple con lo dispuesto en la normatividad vigente;



Que, la "Guía Técnica: Identificación, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", tiene como finalidad destacar la importancia de la aplicación de definición de caso (DC) de manera estandarizada para clasificar, notificar y registrar los procesos infecciosos intra nosocomiales en nuestros pacientes hospitalizados expuestos a procedimientos invasivos (PI) o factores de riesgo (FR), objetos de la vigilancia epidemiológica; así como la implementación de estrategias y medidas comprobadas para la prevención y control (PC) de las infecciones asociadas de salud (IAAS);

Estando a lo solicitado, y con la opinion técnica favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, resulta conveniente aprobar la "Guía Técnica: Identificación, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud" del Hospital Nacional Sergio E. Bernales"; y,

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales" aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA-DM, modificado por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N° 343-2007-MINSA y R.M. N° 124-2008-MINSA; y con la visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la "GUÍA TÉCNICA: IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES", que el documento anexo forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental la difusión y monitoreo del cumplimiento de la presente Guía Técnica por todo el personal profesional y técnico asistencial y administrativo del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Artículo 3°.- Encargar a las Jefaturas de las Unidades Productivas de Servicios de Salud (UPSS) de atención directa al paciente, Unidades Productoras de Servicios Médicos de Apoyo (UPSMA) y Unidades Productoras de Servicios Administrativos y Asesoría Legal (UPSAAL), de la IPRES Hospital Nacional Sergio E. Bernales, la implementación y supervisión del cumplimiento de la Guía Técnica aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 4°.- Déjese sin efecto la Resolución Directoral N°346-2017-DG-SA-HNSEB de fecha 13.SET.2017 y toda disposición que se oponga a la presente Resolución.

Artículo 5°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, dentro del término de Ley.

Regístrese y comuníquese.



JADP/JCHP/JZB/svch

Distribución:

- Dirección General
- Dirección Adjunta
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

M.C. JORGE ARTURO DEL POZO
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. N° 21353 - R.N.E. 8004 / 22864

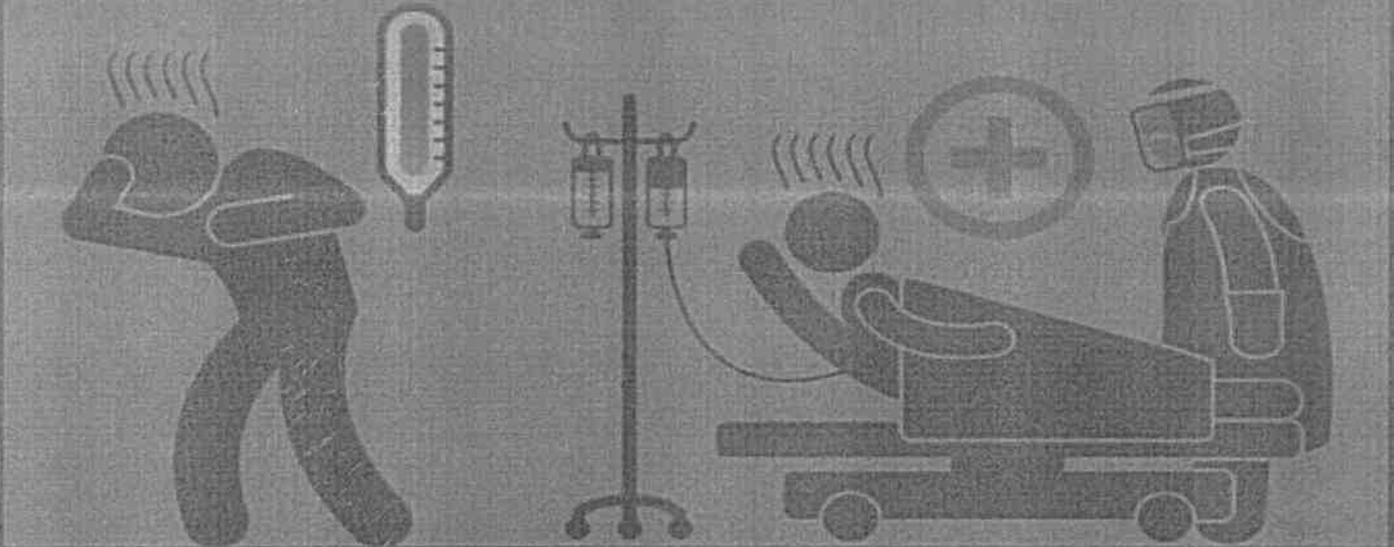


PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD AMBIENTAL



HOSPITAL
NACIONAL SERGIO
E. BERNALES

GUÍA TÉCNICA:
IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN
Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN
DE SALUD

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL





HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

M.C. Miguel Ángel Narrea Huamani.

Director General

M.C. Robert Alberto Bogarin Vigo.

Director Adjunto

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

M.C. Julio Manuel Ruiz Olano

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Equipo técnico de la Unidad Técnica Epidemiológica

MC. Vanessa Karin Pérez Rodríguez.

MC. Jannike Gora Quinto.

Lic. Enf. Fiorela Vanessa Quispe Paz.

Lic. Enf. Victoria Ercilia Champion Tarazona.

Ing. Amb. Tomás Benjamín Velásquez Jordan.

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Dirección: Avenida Túpac Amaru N° 8000.

Comas – Lima – Lima – Perú.

Central telefónica: 558 0186. Anexo N°264.

Correo electrónico OESA: epidemiologia@hnseb.gob.pe, epidemio.hnseb@gmail.com





I. FINALIDAD

Destacar la importancia de la aplicación de definición de caso (DC) de manera estandarizada para clasificar, notificar y registrar los procesos infecciosos intra nosocomiales en nuestros pacientes hospitalizados expuestos a procedimientos invasivos (PI) o factores de riesgos (FR) objetos de vigilancia epidemiológica; así como la implementación de estrategias y medidas comprobadas para la prevención y control (PC) de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Conocer y aplicar las definiciones de caso de las infecciones asociadas a la atención de salud en pacientes hospitalizados con procedimientos invasivos, además; de estrategias y medidas comprobadas para su prevención y control de ellas.

2.2. Objetivos específicos

- Conocer y aplicar las DC para identificar, clasificar, notificar y registrar las IAAS asociadas a PI o FR.
- Conocer y aplicar estrategias y medidas comprobadas para la PC de las IAAS asociadas a PI o FR.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica (GT) es de aplicación obligatoria por todo el personal profesional y técnico de salud asistencial y administrativo de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) de atención directa al paciente, Unidades Productoras de Servicios Médicos de Apoyo (UPSMA) y Unidades Productoras de Servicios Administrativos y Asesoría Legal (UPSAAL) de la IPRESS Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Los procedimientos a estandarizar, son tres:

4.1. Aplicación de estrategias de intervención para la PC de las IAAS.

4.2. Implementación de las medidas comprobadas para la PC de las IAAS.

4.3. Aplicación de las DC estandarizadas para la identificación, clasificación, notificación y registro de IAAS en pacientes hospitalizados expuestos a los siguientes PI o FR:



IAAS	Factor de riesgo	UPSS
Infección del torrente sanguíneo (ITS) Bacteriemia primaria y sepsis clínica	Catéter venoso central (CVC)	UCI adultos UCI pediátrica UCI neonatal Neonatología
Infección del torrente sanguíneo (ITS) Bacteriemia primaria y sepsis clínica	Catéter venoso periférico (CVP)	UCI neonatal Neonatología
Infección del torrente sanguíneo (ITS) Bacteriemia primaria y sepsis clínica	Nutrición parenteral total (NPT)	UCI adultos UCI pediátrica UCI neonatal
Infección del torrente sanguíneo (ITS) Bacteriemia primaria y sepsis clínica	Catéter para hemodiálisis	UCI adultos
Infección del tracto urinario (ITU)	Catéter urinario permanente (CUP)	UCI adultos UCI pediátrica Medicina Cirugía
Neumonía (N)	Ventilador mecánico (VM)	UCI adultos UCI pediátrica UCI neonatal
Infección de sitio quirúrgico: superficial y profundo	Colecistectomía por laparotomía (CLT) Colecistectomía por laparoscópica (CLC) Hernioplastia inguinal (HPI)	Cirugía adultos y Cirugía pediátrica
Infección de sitio quirúrgico: superficial y profundo	Prótesis de cadera	Traumatología
Infección de sitio quirúrgico: superficial y profundo	Parto por cesárea (PpC)	Gineco-obstetricia
Endometritis puerperal (EP)	Parto por cesárea (PpC) Parto vaginal (PV)	Gineco-obstetricia
Exposición laboral a agentes patógenos de la sangre en personal de la salud	Accidentes punzocortantes y salpicaduras	Todos los servicios



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones operativas

5.1.1. Catéter venoso central y periférico (CVC)

Catéter intravascular que termina en el corazón o cerca de él o en uno de los grandes vasos, que se usa para infusión, sacar sangre o control hemodinámico. Los siguientes se consideran grandes vasos para efectos de notificar infecciones y contar los días de vía central: Aorta, arteria pulmonar, vena cava superior, vena cava inferior, venas braquiocefálicas, venas yugulares internas, venas subclavias, venas ilíacas externas y venas femorales comunes.

5.1.2. Catéter venoso periférico (CVP)

Dispositivo intravascular de corta longitud que se instala en una vena periférica, se utiliza para la administración de terapia endovenosa.

5.1.3. Nutrición parenteral total (NPT)

Es un tipo de alimentación que suministra una mezcla de líquidos, electrolitos, carbohidratos, aminoácidos, vitaminas, minerales y, a menudo, grasas, a través de un acceso venoso del paciente.

5.1.4. Catéter urinario permanente (CUP)

Tubo de drenaje que se inserta en la vejiga a través de la uretra, queda implantado y está conectado a un circuito cerrado de colección de orina; es llamada sonda de Foley. No incluye dispositivos para cateterismo de descarga.

5.1.5. Ventilación mecánica (VM)

Es un dispositivo para ayudar al paciente a respirar o controlar su respiración continuamente mediante una traqueotomía o intubación endotraqueal o nasotraqueal, incluso durante el periodo de transición en que se retira el dispositivo. La neumonía en pacientes que reciben ventilación no invasiva, no se considera asociada a ventilación mecánica y no integra el numerador ni el denominador. No debe ser considerado un caso para notificación.

5.1.6. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud

Proceso continuo de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la frecuencia y distribución de las IAAS de notificación obligatoria y otras optativas; asimismo, se difunde los datos convertidos en información mensual a través del Informe Técnico sobre la situación de las IAAS a las Jefaturas de las UPSS de la IPRESS Hospital Nacional Sergio E. Bernales para planificación, implementación de las medidas de prevención y control recomendadas por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Tiene tres componentes:



5.1.6.1. Características de la Vigilancia epidemiológica de las IAAS

- **Selectiva**, la VE sólo es realizada en pacientes hospitalizados sometidos a factores de riesgo extrínsecos para IAAS sobre las que existe suficiente evidencia científica de que son prevenibles a través de medidas costo-efectivas.
- **Focalizada**, la VE prioriza la vigilancia a las UPSS que presentan las tasas más altas de uso de dispositivos médicos, procedimientos e intervenciones quirúrgicas seleccionadas en la IPRESS.
- **Activa**, es una actividad de búsqueda intencional de casos de IAAS diaria que cumplen con las DC de las IAAS, mediante la revisión periódica de registros en los servicios clínicos y de laboratorio por personal responsable de la vigilancia.
- **Permanente**, es la actividad de búsqueda diaria de casos de IAAS.

5.1.6.2. Las actividades relacionadas al paciente hospitalizado objeto de vigilancia epidemiológica

- Revisión diaria de la historia clínica.
- Revisión diaria de la fecha de realización del PI o FR y condiciones de higiene en las que se encuentra este.
- Entrevista al paciente y/o personal de salud y/o cuidador. Si es pertinente.
- Revisión diaria de los libros de ingresos y egresos de la UPSS.
- Revisión diaria de los resultados de laboratorio.
- Aplica los criterios para definir y clasificar un caso de IAAS.

5.1.6.3. Las actividades relacionadas a los procesamientos del manejo de los datos recolectados de los pacientes

- Llena la Ficha de Investigación Epidemiológica de las IAAS.
- Registra diariamente los datos hallados en el Formato de Seguimiento de Pacientes con FR.
- Registra los datos del número de casos, total de ingresos y egresos, total de días paciente, total de días expuestos al PI o FR.
- Notifica on line los casos de IAAS.
- Actualiza mensualmente el aplicativo ad hoc sobre datos de la vigilancia epidemiológica de las IAAS para la tabulación y análisis de la información con la finalidad de crear la evidencia para la toma de decisiones.

5.2. Conceptos básicos

5.2.1. Infección

Es la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de una persona o animal.



5.2.2. Exposición (Exp)

Es una condición de desventaja del paciente que está expuesto al FR o PI.

5.2.3. Procedimiento invasivo (PI)

Es una o varias técnicas médica-quirúrgicas mediante las cuales el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, tubos endo-traqueales, sonda, instrumento o procedimiento quirúrgico con fines diagnósticos o terapéuticos.

5.2.4. Factor de riesgo (FR)

Es la condición o situación al cual se expone a un paciente, y este es capaz de alterar su estado de salud y asociarla con una probabilidad mayor de desarrollar una IAAS. Se afirma que la IAAS es potencialmente causada por un FR siempre y cuando no haya evidencia de alguna otra causa conocida. Sobre la asociación positiva que las IAAS son debidas a la exposición a FR objeto de vigilancia, existe evidencia científica que las IAAS prevenibles a través de medidas costo – efectivas.

5.2.5. Infección asociada a la atención de salud (IAAS)

Aquella condición local o sistémica resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria), y que no estaba presente en el momento de su admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo, incluye las infecciones contraídas por el personal del Hospital producto de su interacción con los pacientes.

En los casos de endometriosis puerperal (EP) y las infecciones de sitio operatorio (ISO) o infecciones de herida operatoria (IHO), el tiempo de VE post alta, es hasta 30 días después del alta.

En los casos de prótesis de cadera el tiempo de VE post alta, es hasta un año después de la intervención.

5.2.6. Medidas comprobadas

Son aquellas medidas de PC de las IAAS, donde la investigación científica y epidemiológica ha demostrado consistentemente su impacto y validez.

5.2.7. Medidas controvertidas

Son aquellas medidas de PC de las IAAS, donde la investigación científica y epidemiológica no ha sido consistente en demostrar impacto y validez.



5.2.8. Medidas inefectivas

Son medidas de PC de las IAAS, donde la investigación científica y epidemiológica no ha demostrado su impacto y validez.

5.2.9. Incremento de casos de IAAS

Es el incremento inusual de casos de IAAS por encima de la cantidad esperada en un corto periodo de tiempo en un grupo o población determinada; donde el microorganismo es de la misma especie, pero falta probar si son genotípicamente iguales.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Criterios básicos para clasificar un proceso infeccioso como una IAAS

Para considerar un proceso infeccioso adquirido dentro del hospital, se aplican tres criterios:

Criterio 1: Definición de caso

La IAAS, se define como aquella infección adquirida por el adulto o RN luego de 48 o 72 horas de permanecer hospitalizado, respectivamente; en ambos casos, no portaban infección alguna al momento de su ingreso.

Criterio 2: Asociación a un FR o PI

El FR debe estar asociado o ser causante de la IAAS siempre y cuando no haya evidencia de alguna otra causa conocida.

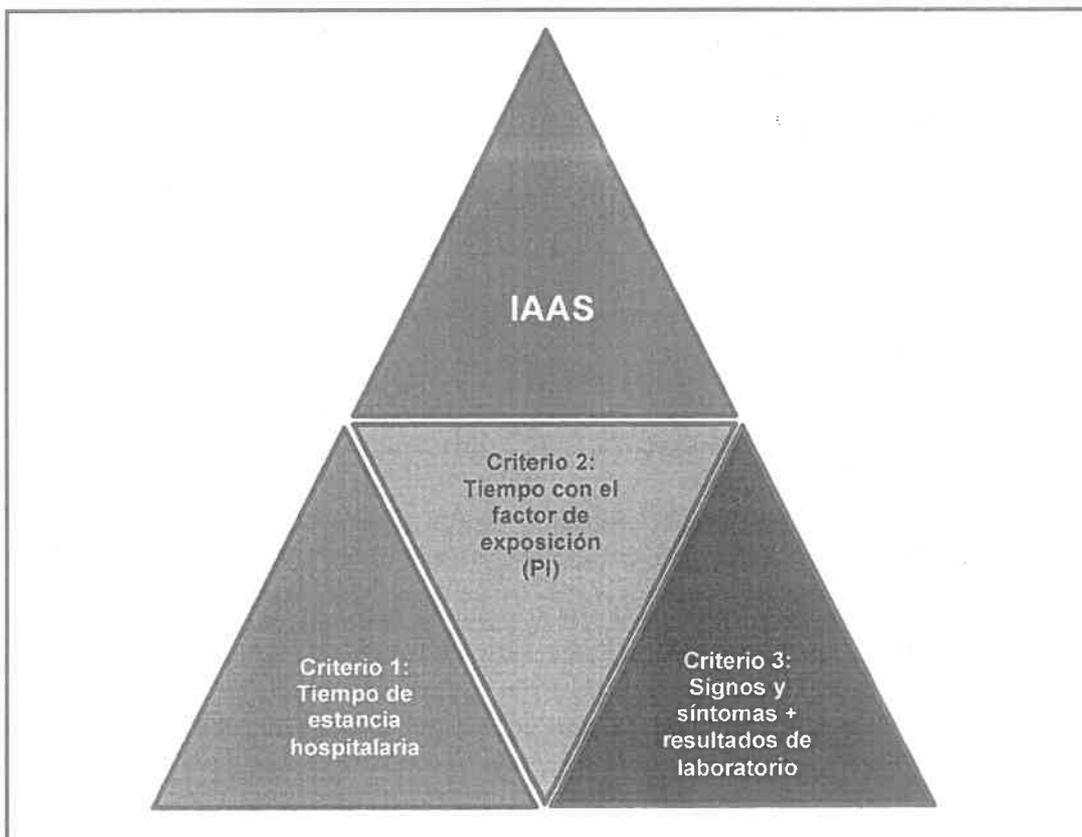
Criterio 3: Criterios específicos de clasificación como infección

Es la combinación de los hallazgos clínicos, resultados de laboratorio y otras pruebas de acuerdo a los criterios establecidos para determinar la presencia y clasificación de un tipo de IAAS. Diagrama N° 1.



Diagrama N° 1: Criterios indispensables para la clasificación del tipo de IAAS.

Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Comas - Lima - Perú.



Fuente: Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental – 2023.

6.2. Definiciones de casos de las IAAS

6.2.1. Criterios específicos para la identificación y diagnóstico según el tipo de IAAS

El uso de una definición de caso, es muy importante, debido que estandariza y uniformiza los criterios clínicos y/o epidemiológicos y/o microbiológicos en persona, espacio y tiempo, sobre los cuales se realizará la detección y clasificación de las IAAS, debe contar con dos atributos cuantitativos de los sistemas de vigilancia:

- La sensibilidad, identifica el verdadero caso positivo.
- La especificidad, identifica el verdadero caso negativo.

La definición de caso, no siempre es equivalente a la definición clínica.



6.2.1.1. Infección del tracto urinario sintomática (ITUS)

Se considera un caso de ITU sintomática, cuando el paciente presenta un CUP instalado al momento de la aparición de la infección o en los siete (07) días anteriores a ella. Se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

Criterio 1	Criterio 2
<p>a) Al menos uno de los siguientes signos osíntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (>38 °C).• Urgencia para orinar.• Aumento de la frecuencia urinaria.• Disuria o sensibilidad supra púbico, y <p>Más</p> <p>b) Urocultivo positivo ($\geq 10^5$ UFC/cm³ de orina con ≤ 2 especies de microorganismo).</p>	<p>a) Al menos dos de los siguientes signos osíntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (>38 °C).• Urgencia para orinar.• Aumento de la frecuencia urinaria.• Disuria o sensibilidad supra púbico, y <p>b) Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria o nitratos.• Piuria (Muestra de orina con recuento de leucocitos > 10 /mm³ o > 3 leucocitos/campo de alta potencia en la orina sin centrifugar).• Se ven microorganismos en la tinción de Gram de orina sin centrifugar.• $\leq 10^5$ UFC/ml de un agente uro patógeno único (Bacterias Gram negativas o <i>Staphylococcus saprophyticus</i>) en paciente en tratamiento antimicrobiano eficaz para infección de las vía urinarias.• Diagnóstico médico de ITU.• Tratamiento instituido para ITU indicado por un médico.



Criterio 3	Criterio 4
<p>Pacientes ≤ 1 año de edad</p> <p>a) Al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (>38 °C).• Hipotermia.• Apnea.• Bradicardia.• Letargia.• Vómitos.• Dolor suprapúbico; y <p>b) Urocultivo positivo con no más de 2 especies de microorganismos y al menos uno de ellos con más de $\geq 10^5$ UFC.</p>	<p>Pacientes ≤ 1 año de edad</p> <p>a) Al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (>38 °C).• Hipotermia.• Apnea.• Bradicardia.• Letargia.• Vómitos.• Dolor suprapúbico; y <p>b) Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria o nitratos.• Piuria (Muestra de orina con recuento de leucocitos $> 10 /\text{mm}^3$ o > 3 leucocitos/campo de alta potencia en la orina sin centrifugar).• Se ven microorganismos en la tinción de Gram de orina sin centrifugar.• $\leq 10^5$ UFC/ml de un agente uropatógeno único (Bacterias Gram negativas o <i>Staphylococcus saprophyticus</i>) en paciente en tratamiento antimicrobiano eficaz para infección de las vías urinarias.• Diagnóstico médico de ITU.• Tratamiento instituido para ITU indicado por un médico.

Fuente: Criterios tomados del CDC/NHSN (2015)

Notas:

- a) El cultivo positivo de punta de catéter urinario **no es una prueba de laboratorio aceptada** para diagnosticar una ITU.
- b) **Los urocultivos deben ser obtenidos usando técnicas apropiadas**, tales como una muestra limpia de chorro medio o cateterización.
- c) En menores de 1 año, un urocultivo debe ser obtenido por cateterización vesical o aspiración suprapúbica; **un urocultivo positivo de muestra de bolsa no es confiable y debería ser confirmado por una muestra obtenida asépticamente por cateterización o aspiración suprapúbica.**



6.2.1.2. Infección del torrente sanguíneo (ITS) – bacteriemia primaria y sepsis clínica.

La infección de torrente sanguíneo (ITS) se clasifica según los criterios clínicos y de laboratorio, como una bacteriemia confirmada por laboratorio (BAC) o septicemia clínica (SCLIN). Las ITS pueden ser primarias o secundarias, según haya o no una infección en otro sitio que sea la causa de la ITS. Para la vigilancia solo se tomará en cuenta la bacteriemia primaria confirmada por laboratorio, y la sepsis clínica precoz o tardía y asociada a catéter central o umbilical. Debe cumplir uno de los siguientes criterios:

Bacteriemia primaria confirmada por laboratorio (BAC)		Sepsis Clínica (SCLIN)
Criterio 1	Criterio 2	Criterio 1
<p>a) En uno o más hemocultivos del paciente se aisló un agente patógeno, excepto para microorganismos contaminantes comunes de la piel (literal c) del criterio 2; y,</p> <p>b) El microorganismo cultivado de la sangre no guarda relación con infecciones de otro(s) sitio(s).</p>	<p>a) Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (>38 °C). • Escalofríos. • Hipotensión. • En el caso de neonatos (fiebre >38, hipotermia, apnea y bradicardia); y, <p>b) Resultados de laboratorio positivos que no se relacionen con infección en otro sitio; y,</p> <p>c) El siguiente criterio de laboratorio:</p> <p>Microorganismos contaminantes comunes de la piel (es decir, difteroides <i>Corynebacterium</i> spp., <i>Bacillus</i> [no <i>B. anthracis</i>] spp., <i>Propionibacterium</i> spp., estafilococos coagulasa negativos [incluido <i>S. epidermidis</i>], <i>Streptococcus</i> del grupo <i>viridans</i>, <i>Aerococcus</i> spp., <i>Micrococcus</i> spp.) cultivados de la sangre extraída en dos o más ocasiones distintas.</p>	<p>a) Paciente pediátrico o adulto: 1 de los signos o síntomas del literal a) del criterio 2; y</p> <p>Paciente ≤1 año incluidos neonatos, con al menos uno de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (>38°C). • Hipotermia. • Apnea o Bradicardia, y, <p>b) Hemocultivo sin crecimiento o no realizado; y,</p> <p>c) Sin infección aparente en otro sitio; y,</p> <p>d) Médico instituye tratamiento para sepsis.</p>

Infección del Torrente Sanguíneo asociada a Catéter Central (ITS-AC): Es la infección primaria (no guarda relación con otro sitio de infección) que cumple con los criterios expuestos para Infección del torrente sanguíneo y que el paciente tenga un catéter central en el momento o el antecedente de haberlo retirado dentro de las 48 horas previas al inicio del evento. No se requiere un período mínimo en que la vía central deba estar instalada para que la infección se considere asociada a la vía central.



6.2.1.3. Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)

Para las neumonías asociadas a ventilación mecánica, se considera que el paciente ha de estar intubado y ventilado en el momento de la aparición de los síntomas o estuvo ventilado en un plazo de hasta 48 horas antes de la aparición de la infección. Debe cumplir uno de los siguientes criterios:

Criterio 1	Criterio 2
<p>a) Datos radiológicos: dos o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.• Consolidación.• Cavitación; y, <p>b) Al menos uno de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) sin otra causa conocida.• Leucopenia (recuento de leucocitos $< 4000/\text{mm}^3$) o leucocitosis (recuento de leucocitos $> 12.000/\text{mm}^3$).• Para adultos mayores de 70 años de edad, estado mental alterado sin otra causa conocida, y <p>c) Al menos dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.• Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea.• Estertores o respiración bronquial ruidosa.• Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O_2 [CAIDA $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$], mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico).	<p>a) Datos radiológicos: dos o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.• Consolidación.• Cavitación; y, <p>b) Al menos uno de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) sin otra causa conocida.• Leucopenia (recuento de leucocitos $< 4000/\text{mm}^3$) o leucocitosis (recuento de leucocitos $> 12.000/\text{mm}^3$).• Para adultos mayores de 70 años de edad, estado mental alterado sin otra causa conocida; y, <p>c) Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.• Nueva aparición o empeoramiento de la tos, disnea o taquipnea.• Estertores o respiración bronquial ruidosa.• Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O_2 [CAIDA $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$], mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico); y,



d) Al menos **uno** de los siguientes datos de laboratorio:

- Crecimiento positivo en hemocultivo no relacionados con otra fuente de infección.
- Crecimiento positivo en cultivo de líquido pleural.
- Cultivo cuantitativo positivo de muestra mínimamente contaminada de tracto respiratorio inferior (por ejemplo, lavado bronco-alveolar, muestra protegida de cepillado y mini-lavado broncoalveolar).
- $\geq 5\%$ de las células obtenidas por lavado bronco-alveolar contienen bacterias intracelulares en el examen microscópico directo (por ejemplo, tinción de Gram).
- Examen histopatológico tiene al menos uno de los siguientes datos probatorios de neumonía:
 - Formación de abscesos o focos de consolidación con acumulación intensa de polimorfonucleares en bronquiolos y alvéolos.
 - Cultivo cuantitativo positivo del parénquima del pulmón.
 - Datos probatorios de invasión de parénquima del pulmón por hifas fúngicas o pseudohifas.



Criterio 3	Criterio 4
<p>Paciente ≤ 1 año de edad</p> <p>a) Datos radiológicos: dos o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.• Consolidación.• Cavitación.• Neumatoceles para los menores de 1 año de edad; y, <p>b) Al menos uno de los signos o síntomas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (> 38 °C) sin otra causa conocida.• Leucopenia (recuento de leucocitos < 4000/mm³) o leucocitosis (recuento de leucocitos > 12.000 /mm³); y, <p>c) Al menos dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.• Nueva aparición o empeoramiento de tos, disnea o taquipnea (notas: Criterio1).• Estertores o respiración bronquial ruidosa.• Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [razón PaO₂/FiO₂ < 240], mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico).	<p>Paciente ≤ 1 año de edad</p> <p>a) Datos radiológicos: dos o más radiografías de tórax seriadas con al menos uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infiltrado nuevo o progresivo y persistente.• Consolidación.• Cavitación.• Neumatoceles para los menores de 1 año de edad; y, <p>b) Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturación de O₂ [razón PaO₂/FiO₂ < 240] mayor necesidad de oxígeno o mayor exigencia del ventilador mecánico); y</p> <p>c) Por lo menos tres de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inestabilidad en la temperatura sin otra causa reconocida.• Leucopenia (recuento de leucocitos < 5000/mm³) o leucocitosis (recuento de leucocitos > 25.000 /mm³ al nacimiento o 30.000 entre 12 y 24 horas o >21.000 después de 48 horas) y desvío a la izquierda (>10% fórmulas de banda).• Nueva aparición de esputo purulento o cambio de las características del esputo o aumento de secreciones respiratorias o mayor requerimiento de aspiración.• Apnea, taquipnea, aleteo nasal con retracción de la pared torácica y gruñidos.• Sibilancias, estertores o roncus.• Tos.• Bradicardia (<100 lpm) o taquicardia (> 170 lpm).



Criterio 5	Criterio 6
<p>Paciente ≤ 1 año de edad</p> <p>a) Por lo menos dos de los siguientes signos: Apnea, taquipnea, sibilantes, roncales, tos, bradicardia; y,</p> <p>b) Uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Espujo purulento o cambio en el carácter del espuo.• Hemocultivo positivo.• Cultivo obtenido por ATT (aspiración transtraqueal), broncoscopía con cepillo protegido o biopsia.	<p>Paciente > 1 año o < 12 años</p> <p>a) Paciente con enfermedad de fondo, con dos o más imágenes o paciente sin enfermedad de fondo, con 1 o más imágenes; con al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infiltrado nuevos o progresivo y persistente.• Consolidación.• Cavitación; y, <p>b) Al menos tres de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (> 38°C) o Hipotermia (< 36°C).• Leucopenia (<4000 leucocitos/mm³), o leucocitosis (>15000).• Nuevo inicio de espuo purulento o cambios en carácter de espuo o aumento de secreciones respiratorias o requerimiento de succión.• Nuevo inicio de empeoramiento de tos, disnea, apnea o taquipnea.• Ruidos o sonidos respiratorios bronquiales.• Tos; y, <p>c) Empeoramiento de intercambio de gases (ej.: desaturación de oxígeno – oximetría <94%), aumento en los requerimientos de oxígeno o aumento de la demanda del ventilador.</p>

Fuente: Criterios tomados del CDC/NHSN (2015)

Notas:

- **Criterio 1:** En los **pacientes sin** enfermedades pulmonares o cardíacas subyacentes (por ejemplo, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) basta con una radiografía de tórax definitiva.
- **Criterio 3:** En los **recién nacidos sin** enfermedades pulmonares o cardíacas subyacentes [por ejemplo, síndrome de distrés o dificultad respiratorio, edema pulmonar, displasia bronco pulmonar, aspiración de meconio], una radiografía de tórax definitiva es aceptable. El diagnóstico de neumonía nosocomial de pacientes no ventilados, ocasionalmente, puede ser muy claro sobre la base de los síntomas, signos y una única radiografía de tórax con imagen invasiva concluyente. Sin embargo, en el caso de pacientes con enfermedades pulmonares o cardíacas (por ejemplo, enfermedad intersticial del pulmón o insuficiencia cardíaca congestiva), el diagnóstico de neumonía puede ser particularmente difícil. Otras afecciones no infecciosas (por ejemplo, edema pulmonar de una insuficiencia cardíaca congestiva descompensada) pueden simular la presentación de la neumonía. En estos casos más difíciles, hay que examinar las radiografías de tórax seriadas para ayudar a distinguir los procesos pulmonares infecciosos



de los no infecciosos. Para apoyar su confirmación, puede ser útil examinar las radiografías el día del diagnóstico, 3 días antes del diagnóstico y en los días 2 y 7 después del diagnóstico. La neumonía puede iniciarse y progresar rápidamente, pero no se resuelve rápidamente. Los cambios radiográficos de la neumonía persisten durante varias semanas. Como resultado, la resolución radiográfica rápida indica que el paciente no tiene neumonía, sino un proceso no infeccioso, como atelectasia o insuficiencia cardíaca congestiva.

- **Cultivo de esputo expectorado no es útil en el diagnóstico de neumonía** pero podría ayudar a identificar el agente etiológico y proveer información útil sobre la **susceptibilidad antimicrobiana**.
- La neumonía debida a aspiración de contenido gástrico se considera nosocomial si satisface los criterios mencionados y no estaba presente o incubándose en el momento del hospital.
- En casos de pacientes con estancias hospitalarias largas pueden presentarse episodios múltiples de neumonía nosocomial. Para determinar si se trata de un nuevo episodio debe confirmarse la resolución de la infección inicial. La detección de un nuevo agente patógeno NO es de por sí indicativo de un nuevo episodio de neumonía.
- Una única anotación de esputo purulento o cambio de las características del esputo no es significativa. Las anotaciones repetidas en un periodo de 24 horas serían un mejor indicador del inicio de un proceso infeccioso. El cambio de las características del esputo se refiere al color, la uniformidad, el olor y la cantidad.
- La taquipnea se define como > 25 respiraciones por minuto en los adultos. En los niños, la taquipnea se define como > 75 respiraciones por minuto en los lactantes prematuros nacidos con < 37 semanas de gestación y hasta la 40ª semana; > 60 respiraciones por minuto en pacientes < 2 meses de edad; > 50 respiraciones por minuto en los pacientes de 2 a 12 meses de edad; y > 30 respiraciones por minuto en los niños > 1 año de edad.

6.2.1.4. Infección del sitio quirúrgico (ISQ)

6.2.1.4.1. Infección del sitio quirúrgico superficial (ISQS)

Debe cumplir con el siguiente criterio:

Criterio 1

- a) Compromete piel o tejido subcutáneo y ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico y que comprometa sólo la piel o tejido subcutáneo de la incisión; y,
- b) Al menos **uno** de los siguientes:
 - Drenaje purulento de la incisión superficial.
 - Microorganismos aislados en un cultivo obtenido asépticamente de un fluido o tejido de la incisión superficial; y,
- c) Al menos **uno** de los siguientes signos o síntomas de infección:
 - Dolor,
 - Hinchazón localizada,
 - Enrojecimiento o calor; y,
 - Incisión es deliberadamente abierta por el cirujano y el cultivo es positivo o no hay cultivo.
 - Diagnóstico de infección superficial del sitio quirúrgico realizada por un cirujano o médico tratante.



Notas

- No registrar el absceso de punto de sutura como una infección (inflamación mínima y descarga confinada a los puntos de penetración de la sutura).
- Si la infección del sitio de la incisión involucra o se extiende dentro de la fascia y capas musculares informarlo como una ISQ profunda.
- Clasificar la infección que involucra los sitios de incisión superficial y profunda como profunda ISQ profunda.

6.2.1.4.2. Infección del sitio quirúrgico profunda (ISQP)

Debe cumplir con el siguiente criterio:

Criterio 1

- a)** Que la infección se presente dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico si no se deja un implante en el lugar, o dentro de 1 año si hay implante y la infección parece estar relacionada con la cirugía y que comprometa tejidos blandos profundos (ej.: fascia o capas musculares); y,
- b)** Al menos uno de los siguientes:
- Drenaje purulento de la incisión profunda pero no del órgano/componente espacial del sitio quirúrgico.
 - Dehiscencia de la incisión profunda o que sea abierta por el cirujano y el cultivo sea positivo o no cultivado, cuando el paciente tenga al menos 1 de los siguientes signos y síntomas: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor o sensibilidad localizada; y,
- c)** Al menos uno de los siguientes signos o síntomas:
- Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor localizado o sensibilidad.
 - Absceso u otro tipo de evidencia de infección que comprometa la incisión profunda que se detecta en el examen directo, durante la reintervención, o en el examen histopatológico o radiológico un absceso.
 - Diagnóstico de infección profunda de una incisión por un cirujano o médico tratante.

Notas:

- Las infecciones de sitio quirúrgico post cirugía de prótesis de cadera, se refieren a las infecciones propiamente como tal, tanto de planos superficiales como profundos, independiente si además hay infección de la prótesis.
- Las ISQ se cuentan en el mes que tuvo lugar la intervención quirúrgica. Por ejemplo, si la operación cesárea se realizó el 28 de marzo y la infección se manifestó el 5 de abril, la infección se incluye entre las del mes de marzo, es decir, la tasa sería: El número de ISQ (profunda o superficial) de operaciones cesáreas realizadas en marzo, dividido por el número total de partos por cesárea que tuvieron lugar en el mes de marzo, multiplicado por 100.



6.2.1.5. Endometritis puerperal (END)

Debe cumplir 1 de los siguientes criterios:

Criterio 1	Criterio 2
El paciente tiene cultivo positivo del líquido del líquido o tejido endometrial, obtenidos durante un procedimiento quirúrgico, con aspiración por aguja o con biopsia por cepillado.	Al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: <ul style="list-style-type: none">• Fiebre (>38°C),• Dolor abdominal,• Sensibilidad uterina.• Drenaje purulento del útero.

Notas:

- Registrar la END post parto como una infección asociada a la atención de salud **a menos que** el líquido amniótico esté infectado al momento de la admisión o el paciente fue admitido 48 horas después de la ruptura de membranas.
- La END se cuenta en el mes que tuvo lugar el parto vaginal o la operación cesárea.

6.2.1.6. Exposición laboral a agentes patógenos de la sangre en personal de la salud

Se caracteriza por:

Accidente punzocortante	Salpicaduras
<ul style="list-style-type: none">• Ocurre con instrumental punzo cortante (agujas, bisturí, entre otros) durante cualquier procedimiento médico quirúrgico después que se ha traspasado la piel del paciente hasta que se elimine el material en el recipiente final asignado en el área o durante los procesos de manejo, traslado y eliminación.• Esto es independiente de la condición de portador o no del paciente de alguno de los agentes que se pueden transmitir por la sangre.	Salpicaduras de líquidos (LCR, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico o líquido amniótico) o sangre que entre en contacto con las mucosas o piel no intacta del personal de la salud.

6.3. Medidas de prevención y control de IAAS

Para considerar un proceso infeccioso adquirido dentro del hospital, se aplican tres criterios:



6.3.1. Aislamiento hospitalario

El sistema de aislamiento hospitalario, se basa en dos tipos de precauciones:

- Precauciones estándar.
- Precauciones basadas en el mecanismo de transmisión.

6.3.1.1. Precauciones estándar

Son las precauciones básicas para la PC de infecciones que se deben usar, como mínimo en la atención de pacientes. Tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas.

Ver anexo N° 1: Precauciones estándares.

“La higiene de manos, es el procedimiento más importante y simple para prevenir y controlar las IAAS”.

6.3.1.2. Precauciones basadas en el mecanismo de transmisión

Estas precauciones se aplican ante los pacientes en que se sospecha una infección por cualquier patógeno de alta infectividad, patogenicidad y virulencia o de importancia epidemiológica.

a) Transmisión aérea

Para evitar transmisión de agentes suspendidos en gotitas menores de 5 micras y que pueden diseminarse por corrientes de aire. Ejemplo: tuberculosis, varicela, sarampión, herpes zoster diseminado. Se recomienda como medidas específicas:

- Habitación individual o con pacientes con infección similar.
- Ventilación a presión negativa, con 6 a 12 cambios por hora. La presión negativa permite que el aire entre desde el exterior a la habitación e impide que salga de ella hacia el exterior.
- Paciente está limitado a su habitación y cuando sea indispensable salir utilizará máscara.
- El personal usará protección respiratoria y si es susceptible a la enfermedad no entrará en la habitación.

b) Precauciones en transmisión por las gotitas de Flügge

Para evitar diseminación de agentes que se transmiten en gotitas mayores de 5 micras y que pueden proyectarse hasta 1 metro al toser, estornudar, conversar; que ingresan al susceptible por la conjuntiva, mucosa nasal o boca. Ejemplo: meningococo, difteria, adenovirus, influenza, parotiditis, coqueluche, *haemophylus*, *mycoplasma*, faringitis estreptocócica, entre otros. Se recomienda como medidas específicas:

- Habitación individual o con pacientes con infección similar.
- Las salidas indispensables del paciente serán con mascarilla.
- El personal usará mascarillas y gafas para su protección.



c) Precauciones por contacto

Se aplican para evitar diseminación de agentes que pueden transmitirse por contacto directo con el paciente o por contacto indirecto. Ejemplo: bacterias multi-resistentes, agentes etiológicos de diarrea, herpes simple, impétigo, pediculosis, escabiosis, entre otros. Se recomienda como medidas específicas:

- Habitación individual si es posible o con pacientes de igual enfermedad o de acuerdo al patógeno y debe consultar con experto conducta a seguir.
- Uso de guantes como barrera en todos los procedimientos.
- Higiene de manos antes y después del cambio de guantes.

Ver anexo N° 2: Técnicas de higiene de manos.

Ver anexo N° 3: Colocación y retiro del respirador N95.

Ver anexo N° 4: Prueba de ajuste del respirador N95.

Ver anexo N° 5: Cuando utilizar guantes.

Ver anexo N° 6: Colocación y retiro correcto de guantes.

Ver anexo N° 7: Colocación y retiro correcto del mandil o bata.

6.4. Limpieza, desinfección y esterilización de la PC de las IAAS

6.4.1. Limpieza

Es el proceso que remueve mecánicamente la suciedad y reduce la acumulación de microorganismos. Siempre debe realizarse desde las áreas menos sucias y desde las zonas más altas a las más bajas. Debe realizarse de modo que reduzca la dispersión de polvo o suciedad que puede contener microorganismos, por esta razón NO debe realizarse la limpieza con paños secos, si no, con paños húmedos; y no usar escoba, sino una mopa o trapeador humedecido.

Algunas precisiones:

De acuerdo a la RD N°371-2021-SA-DG-HNSEB: "Guía Técnica de Limpieza y Desinfección de Ambientes Hospitalarios del Hospital Nacional Sergio E. Bernales V.02", los principales criterios de la limpieza son:

- En EESS está terminantemente prohibido el barrido en seco y usar escobas.
- La limpieza, es requerida antes de cualquier proceso de desinfección.
- Las prácticas de limpieza, deben ser supervisadas e incluir un cronograma de limpieza para cada área.
- La frecuencia de la limpieza debe quedar consignada por escrito y controlarse su cumplimiento.
- Las habitaciones de los pacientes internados deben limpiarse 1 vez al día, cuando se manchen y al alta del paciente.
- Los laboratorios requieren limpieza diaria. Los quirófanos requieren un régimen de limpieza especial y la frecuencia establecida con documento formal.



Tipos de limpieza:

- **Limpieza cotidiana o de rutina**

Limpieza diaria de los pisos, aparatos sanitarios, fómites, servicios higiénicos y recojo de residuos sólidos.

- **Limpieza general**

Es a profundidad que incluye la limpieza de rutina. Semanalmente, debe realizarse la limpieza de paredes, techos, ventanas, puertas, mobiliario médico; así como, la limpieza de superficies y fómites. Y, mensualmente, que incluye todo el pabellón.

- **Limpieza terminal**

Su objetivo, evitar la contaminación cruzada entre pacientes y tener disponibilidad para una nueva cirugía, atender otro parto o un nuevo internamiento.

- En el centro quirúrgico, debe ser realizada a la culminación la programación de los procesos quirúrgicos.
- En el centro obstétrico, después de la atención del parto o procedimiento gineco-obstétrico.
- En pabellones de hospitalización se realiza al alta del paciente.

6.4.2. Desinfección

Es el proceso que se realiza para la eliminación de microorganismos de formas vegetativas sin que se asegure la eliminación de esporas bacterianas en las superficies de los objetos inanimados y del aire, por medio de agentes químicos o físicos llamados desinfectantes, como el hipoclorito de sodio, alcohol, compuestos fenólicos, compuestos de amonio cuaternario, entre otros.

Algunas precisiones:

- La desinfección es necesaria para evitar la proliferación de microorganismos, se realiza sobre superficies limpias.
- La desinfección debe ser supervisada por las enfermeras de cada UPSS.

6.4.3. Esterilización

Es un proceso por medio del cual se logra la eliminación de todo microorganismo, incluyendo esporas bacterianas. Debe ser aplicada a los instrumentos, material biomédico, equipos o instrumental médico clasificado como crítico. Los métodos de esterilización pueden clasificarse en físicos (calor húmedo, calor seco) y químicos (líquidos, gas, plasma). Todo objeto crítico debe ser sometido a algún método de esterilización de acuerdo a su compatibilidad.

Los objetos críticos, son los que penetran en los tejidos, en el sistema vascular y en cavidades normalmente estériles. Ejemplo: instrumental quirúrgico y de curación. Prótesis vasculares, esqueléticas y otros. Catéteres intravenosos y angiografía, entre otros.



Algunas precisiones:

- Todo material resistente al calor e incompatible con la humedad debe ser esterilizado por calor seco.
- Todo material resistente al calor, compatible con humedad debe ser autoclavado.
- La esterilización con métodos químicos gaseosos, deberán realizarse en cámaras con ciclos automatizados que brinden seguridad al usuario.
- Toda central de esterilización deberá contar con documentos técnico administrativos aprobados, que describan la organización, funciones y procedimientos que se realicen en ella.

6.5. Uso racional de antimicrobianos

Tiene como objetivo, el evitar o retardar la aparición de cepas de microorganismos resistentes a los antimicrobianos entre los gérmenes existentes en el hospital, disminuir las reacciones adversas a antimicrobianos y disminuir los costos hospitalarios así como para los pacientes. Para la OMS, el uso apropiado de antimicrobianos se define como **“Uso eficaz en relación con el costo de los antimicrobianos (ATM) con el cual se obtiene el máximo efecto clínico – terapéutico y simultáneamente se minimiza la toxicidad del medicamento y el desarrollo de resistencia microbiana”**.

El uso racional de medicamentos implica el siguiente proceso:

- a) Definir el o los problemas del paciente (diagnóstico correcto: HC adecuada, examen físico sistemático y completo, exámenes auxiliares necesarios).
- b) Especificar el o los objetivos terapéuticos.
- c) Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente (medicamentos, medidas dietéticas, cambio de hábitos, entre otros).
- d) Iniciar el tratamiento (receta completa, con escritura clara y legible, de fácil lectura).
- e) Brindar información, instrucciones y advertencias claras al paciente verbal y por escrito.
- f) Supervisar la evolución del tratamiento.

Se recomienda como medidas generales:

- Capacitarse y/o actualizar conocimientos sobre medicamentos basados en la evidencia.
- Uso de antimicrobianos sobre la base de criterios clínicos.
- Tomar en consideración la enfermedad de base y enfermedades actuales.
- Selección del antibiótico específico de acuerdo al agente etiológico.
- Uso del laboratorio de microbiología para disponer de los patrones de sensibilidad y resistencia de los gérmenes a los antimicrobianos.
- Restringir los antimicrobianos con elevados índices de resistencia.
- Al administrar un medicamento verificar los 5 correctos:
 - Medicamento correcto.
 - Dosis correcta.
 - Vía correcta.
 - Hora correcta.
 - Paciente correcto.



6.6. Prevención y control de las IAAS en trabajadores de salud

El personal asistencial, se encuentra en riesgo de contraer infecciones por microorganismos patógenos transmitidos por la sangre o fluidos corporales potencialmente infecciosos. Las infecciones e incidentes de exposición de mayor frecuencia y mayor posibilidad de prevención son:

- Accidente por exposición a material punzo-cortante.
- Tuberculosis en el personal de salud.

Las medidas generales recomendadas son las precauciones estándar y precauciones basadas en el mecanismo de transmisión.

Ver anexo N° 8: Flujograma para la atención del personal de salud ante un accidente laboral con material punzocortante o por contacto con fluidos o secreciones.

6.7. Manejo de residuos sólidos hospitalarios

Los principales criterios para el manejo de los residuos sólidos en el HNSEB, están indicados en la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA, Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación". Las etapas del manejo de residuos sólidos, son:

1. Acondicionamiento.
2. Segregación.
3. Almacenamiento primario.
4. Almacenamiento intermedio.
5. Recolección y transporte interno.
6. Almacenamiento final.
7. Tratamiento.
8. Valorización (opcional).
9. Recolección y transporte externo.
10. Disposición final.

6.7.1. Acondicionamiento

Consiste en la preparación de los servicios u áreas del HNSEB con materiales: recipientes (contenedores, tachos, recipientes rígidos, entre otros), e insumos (bolsas) necesarios y adecuados para la recepción o el depósito de las diversas clases de residuos que generen dichos servicios o áreas.

6.7.2. Segregación

Consiste en la separación de los residuos en el punto de generación, ubicándolos de acuerdo a su clase en el recipiente, contenedor o depósito correspondiente y es de cumplimiento obligatorio para todo el personal que labora en el HNSEB.

Ver anexo N° 9: Segregación de residuos sólidos hospitalarios.



6.7.3. Almacenamiento primario

Es el almacenamiento temporal de residuos sólidos realizado en forma inmediata en el ambiente de generación; para efectos de esta Guía Técnica son los depósitos, contenedores, recipientes o comúnmente llamados "tachos", situados en las áreas o servicios del HNSEB.

Clasificación de los residuos sólidos hospitalarios

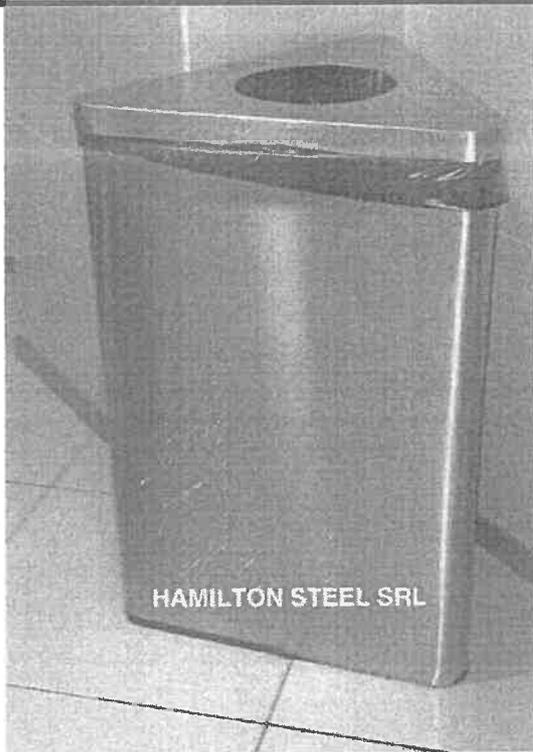
Clase	Tipo de residuos y composición
A  Biocontaminados Porcentaje 15%	<p>Son aquellos residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica y científica, que están contaminados con agentes infecciosos, o que pueden contener concentraciones de microorganismos que son de potencial riesgo para la persona que entre en contacto con dichos residuos. Según su origen, pueden ser:</p> <p>Tipo A1 De atención al paciente.</p> <p>Tipo A2 Biológicos.</p> <p>Tipo A3 Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados.</p> <p>Tipo A4 Residuos quirúrgicos y anátomo – patológicos.</p> <p>Tipo A5 Punzocortantes</p> <p>Tipo A6 Animales contaminados.</p>
B  Especiales Porcentaje 5%	<p>Son aquellos residuos peligrosos generados en el HNSEB con características físicas y químicas de potencial peligro por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo, reactivo y radioactivo para la persona expuesta. Se clasifican de la siguiente manera:</p> <p>Tipo B1 Residuos Químicos peligrosos. 4%</p> <p>Tipo B2 Residuos Farmacéuticos.</p> <p>Tipo B3 Residuos Radiactivos. 1%</p>
C  Comunes Porcentaje 80%	<p>Son aquellos residuos que no han estado en contacto con pacientes, o con materiales o sustancias contaminantes; tales como los que se generan en oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías, auditorios y en general en todos los sitios del establecimiento del generador, incluyendo los restos de la preparación de alimentos. En esta categoría se incluyen, por ejemplo los residuos generados en administración, aquellos provenientes de la limpieza de jardines, patios, áreas públicas, restos de preparación de alimentos en la cocina y, en general, todo material que no puede clasificar en las categorías A y B.</p> <p>Tipo C1 Papeles de la parte administrativa.</p> <p>Tipo C1 Vidrios, madera, plásticos, metales, entre otros que no han estado en contacto con el paciente.</p> <p>Tipo C1 Restos de la preparación de alimentos en la cocina y de la limpieza de jardines entre otros.</p>

Fuente: Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental – 2023.



Etapas de acondicionamiento, segregación y almacenamiento de residuos sólidos hospitalarios

Acondicionamiento, Segregación y Almacenamiento Primario de Residuos Sólidos Hospitalarios



**Residuos Sólidos Comunes =
Bolsa Negra**



**Residuos Sólidos Biocontaminados =
Bolsa Roja**



**Residuos Sólidos Especiales =
Bolsa Amarilla**



**Residuos Sólidos Biocontaminados de Tipo A5 =
Recipientes de paredes rígidas para punzo-cortantes**



Fuente: Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental – 2023.

Mayores detalles se describen en el:

“Guía Técnica para el Manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios en las UPSS Asistenciales y Administrativas” del HNSEB (RD N°236-2020-SA-DG-HNSEB).



6.8. Pasos para la investigación de un incremento de casos de IAAS.

Los siguientes pasos, si bien se describen en secuencia, en la investigación de brotes pueden ser abordados de forma simultánea, o ajustarse de acuerdo a la investigación:

1. Confirmar la existencia de un brote de IAAS.
2. Convocar al equipo de trabajo.
3. Establecer una definición operacional de caso en el brote.
4. Realizar la búsqueda activa de casos.
5. Caracterizar el brote de IAAS.
6. Generar hipótesis y adoptar medidas de control inmediatas.
7. Evaluar la hipótesis.
8. Implementar medidas de control específicas.
9. Evaluar la eficacia de las medidas de control.
10. Preparar un informe de investigación.

6.9. Medidas comprobadas para la prevención y control de las IAAS.

6.9.1. Infección del tracto urinario (ITU)

Medidas comprobadas:

- Personal capacitado para la instalación y mantenimiento de catéteres.
- Uso de cateterización solo si es necesario y por el mínimo tiempo posible.
- Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos.
- Fijación apropiada del catéter para evitar su desplazamiento.
- Uso y mantenimiento del circuito cerrado del sistema de drenaje urinario.
- Mantenimiento permanente del flujo urinario sin obstrucciones.

6.9.2. Infección del torrente sanguíneo (ITS)

Medidas comprobadas

- Mantenimiento de circuito cerrado en la terapia intravascular y reducción de la manipulación al mínimo indispensable.
- Uso de dispositivos externos que permiten mantener un circuito cerrado endovenoso de administración.
- La terapia intravenosa se debe realizar por indicación médica específica y por el menor tiempo posible.
- Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos.
- Uso de las extremidades superiores o en su defecto subclavia o yugular (en lugar de las extremidades inferiores) para efectos de administrar soluciones parenterales por tiempos prolongados.



- Uso de un antiséptico del tipo de los yodados o clorhexidina para preparación del sitio de inserción por un mínimo de 30 segundos.
- Cubrir el sitio de inserción con una gasa estéril.
- Fijar la cánula adecuadamente de tal manera que impida su movilización.
- Cambio de los catéteres periféricos cada 72 horas.
- Cambiar las soluciones de lípidos cada 72 horas.
- Personal capacitado en el manejo de la terapia intravasculares.

6.9.3. Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)

Medidas comprobadas

- Uso de humidificadores en cascada que no producen aerosoles.
- Kinesioterapia respiratoria en pacientes que se van a intervenir quirúrgicamente de abdomen superior o tórax.
- Técnica aséptica para la manipulación de todos los equipos de terapia respiratoria.
- Uso de fluidos estériles en los humidificadores de los respiradores y nebulizadores.
- Llenado de reservorios húmedos lo más cerca posible de su uso y de preferencia inmediatamente antes de usarlos.
- Eliminación del líquido que se condensa en los corrugados de los respiradores evitando el reflujo al reservorio.
- Cambio de todos los elementos que se usan en terapia respiratoria entre pacientes.
- Uso de equipos de terapia respiratoria estériles o desinfectados de alto nivel.
- Reducir la aspiración de secreciones al mínimo indispensable.
- Realizar la aspiración de secreciones con personal entrenado con técnica aséptica, guantes en ambas manos y con la asistencia de un ayudante.
- Aislamiento de pacientes infectados con el tipo de aislamiento de acuerdo al cuadro clínico y vía de transmisión del microorganismo patógeno.
- Intubación endotraqueal por el período mínimo indispensable.
- Cambio de nebulizadores en cada procedimiento.

6.9.4. Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ)

Medidas comprobadas

- Hospitalización preoperatoria breve.
- Técnica quirúrgica cuidadosa.
- Profilaxis antibiótica en cirugía con alto riesgo de infección (tracto digestivo, cesáreas o vías biliares) y en aquellas en que una infección puede comprometer la vida del paciente o afectar profundamente el resultado de la intervención (cirugía cardíaca o implantes). Los antibióticos profilácticos deben proveer niveles sanguíneos eficientes durante el acto operatorio.
- Tratamiento preoperatorio de la obesidad.



- Preparación preoperatoria de la piel que incluya lavado con jabón y aplicación de un antiséptico antes del inicio de la intervención.
- Uso de clorhexidina o productos yodados como antisépticos de la piel para el lavado quirúrgico y preparación preoperatoria de la piel.
- Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos durante la intervención.
- Uso de drenaje aspirativo en circuito cerrado y sacados de contra-abertura.
- Uso de mascarilla de alta eficiencia durante el acto quirúrgico.
- Tratamiento de focos infecciosos distales previo a la intervención.
- Mejoría previa al estado nutricional.
- Evitar el rasurado dentro de lo posible y en caso de hacerlo debe ser lo más cercano posible a la intervención.
- Higiene de manos quirúrgico con productos yodados o a base de clorhexidina (u otro antiséptico de características equivalentes) antes de operar.
- Uso de ropa quirúrgica impermeable.
- Recambios de aire al menos 25 veces por hora y uso de aire filtrado con filtros absolutos en pabellones.
- Evitar turbulencias de aire en sala de operaciones durante la intervención. Las heridas operatorias contaminadas deben cerrarse por segunda intención.
- Aseo y desinfección de salas de operaciones entre intervenciones.
- Vigilancia epidemiológica por tipo de herida con retroalimentación de los resultados al equipo quirúrgico.

6.9.5. Endometritis puerperal (EP)

Medidas comprobadas:

- Realización del mínimo necesario de tactos vaginales para la monitorización del parto.
- Uso de profilaxis antibiótica en cesáreas.
- Realización del mínimo necesario de instrumentación uterina.
- Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos.

VII. RECOMENDACIONES

A las Jefaturas de los Servicios de atención ambulatoria, Hospitalización y Emergencia del Hospital, a través del miembro del Comité de Bioseguridad, deben instar a las Jefaturas de Enfermería y Obstetricia de los Departamentos y Jefes de turno respectivamente:

- a. Supervisar el cumplimiento del cronograma de limpieza y desinfección general de sus servicios.
- b. Fomentar entre el personal asistencial profesional y técnico a su cargo:
 - La autoevaluación de los 5 momentos para la higiene de manos (5MHM).
 - El uso obligatorio de los EPP.
 - El uso racional de antimicrobianos.
 - La práctica correcta del lavado de manos con agua y jabón e higiene de manos con alcohol gel.



- La práctica correcta en colocación y retiro del Respirador N95.
- La práctica correcta de la colocación y retiro del mandilón.
- Uso correcto de los guantes.

VIII. RESPONSABILIDADES

- Jefaturas de los Departamentos y Servicios:** Responsable de cumplir obligatoriamente la ejecución de lo establecido en la presente Guía.
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental:** Responsable de la planificación, organización y supervisión del cumplimiento de la presente Guía.
- Dirección General:** Responsable de la asignación presupuestal para el cumplimiento de la presente Guía, así como de su aprobación vía acto resolutivo.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria. Aprobado con la RM N°1472- 2002-SA/DM del 10/09/2002.
2. Manual de Aislamiento Hospitalario. Aprobado con la RM N°452-2003-SA/DM del 25/04/2003.
3. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. NTS N° 163 -MINSAL/2020/CDC. Aprobada con la RM N° 523-2020-MINSA del 25/07/2020.
4. Norma Técnica de Salud para la investigación y control de brotes de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Aprobado con la RM N° 509-2023/MINSA del 27/05/2023.
5. Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud. Aprobado con la RM N°826-2021/MINSA del 05/07/2021.
6. Guía Técnica para la Evaluación Interna de La Vigilancia, Prevención y Control de Las Infecciones Intrahospitalarias. Aprobada con la RM N° 523-2007/MINSA del 20/06/2007.
7. Guía Técnica de Higiene de Manos del HNSEB. Aprobada con la RD N°396-2016-DG-SA-HSEB del 10/10/2016.
8. Guía Técnica para el Manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios en las UPSS Asistenciales y Administrativas del HNSEB. Aprobado con la RD N°236-2020-SA-DG-HNSEB del 13/11/2020.
9. Guía Técnica de Limpieza y Desinfección de Ambientes Hospitalarios del Hospital Nacional Sergio E. Bernales V.02. Aprobada con la RD N°371-2021-SA-DG-HNSEB del 23/12/2021.
10. Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Ministerio de Salud, 2015.
11. CDC/NHSN Surveillance Definition of Healthcare-Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting. 2013.
12. Organización Panamericana de la Salud; "Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud Modulo I" Washington, D.C.: OPS, © 2013.
13. Organización Panamericana de la Salud; "Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud Modulo II" Washington, D.C.: OPS, © 2011.
14. Organización Panamericana de la Salud; "Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud Modulo III" Washington, D.C.: OPS, © 2012.
15. Organización Panamericana de la Salud; "Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en Neonatología Modulo IV" Washington, D.C.: OPS, © 2013.
16. Organización Panamericana de la Salud; "Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el puerperio Modulo V" Washington, D.C.: OPS, ©2014.



X. ANEXOS

1. **ANEXO N°1:** Precauciones estándares.
2. **ANEXO N°2:** Técnicas de higiene de manos.
3. **ANEXO N°3:** Colocación y retiro del respirador N95.
4. **ANEXO N°4:** Prueba de ajuste del respirador N95.
5. **ANEXO N°5:** Cuando utilizar guantes.
6. **ANEXO N°6:** Colocación y retiro correcto de guantes.
7. **ANEXO N°7:** Colocación y retiro correcto del mandil o bata.
8. **ANEXO N°8:** Flujograma para la atención del personal de salud ante un accidente laboral con material punzocortante o por contacto con fluidos o secreciones.
9. **ANEXO N°9:** Segregación de residuos sólidos hospitalarios.



ANEXO N°1: PRECAUCIONES ESTÁNDARES

1. HIGIENE DE LAS MANOS

Resumen de la técnica de la higiene de manos:

- 1) **Agua y jabón (40-60 seg.):** Mojar las manos y aplicar jabón; frotar todas las superficies según técnica de 06 pasos; enjuagar las manos y secarse con toalla descartable; use la toalla para cerrar el grifo.
- 2) **Alcohol gel (20-30 seg.):** Aplicar suficiente producto para cubrir todas las áreas de las manos; frotar las manos según técnica de 06 pasos hasta que se sequen.

Cinco momentos del lavado o higiene de manos obligatorios:

- 1) Antes del contacto con el paciente;
- 2) Antes de realizar un procedimiento aséptico;
- 3) Después del riesgo de exposición a fluidos corporales;
- 4) Después del contacto con el paciente;
- 5) Después del contacto con el entorno del paciente.

2. GUANTES

- 1) Úselos si va a tocar sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones, mucosas, piel lesionada.
- 2) Cámbielos entre tareas y procedimientos en el mismo paciente después del contacto con material potencialmente infeccioso.
- 3) Quítelos después del uso, antes de tocar elementos y superficies no contaminadas y antes de atender a otro paciente. Realice higiene de manos inmediatamente después de quitárselos.

3. PROTECCIÓN FACIAL (ojos, nariz y boca)

Según previa evaluación del riesgo de exposición a salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones:

- 1) Use mascarilla quirúrgica o respirador N95. El respirador solo usarlo en áreas de alto riesgo.
- 2) El respirador debe colocarse ajustadamente a la cara evitando fugas en los bordes. Es importante la "prueba de ajuste" (Inhale y exhale).
- 3) Protector ocular (lentes) o protector facial.

4. MANDIL o BATA

Según previa evaluación del riesgo de exposición a salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones.

- 1) Úsela para proteger la piel y evitar ensuciar o contaminar la ropa
- 2) Quítese la bata sucia cuanto antes y realice higiene de manos.

5. PREVENCIÓN DE PINCHAZO DE AGUJA Y LESIONES CON OTROS INSTRUMENTOS AFILADOS

- 1) Tenga cuidado al manipular agujas, escalpelos y otros instrumentos o dispositivos punzocortantes.
- 2) Notifique inmediatamente si tuvo un accidente con elemento punzocortante.

6. HIGIENE RESPIRATORIA Y ETIQUETA DE LA TOS

Las personas con síntomas respiratorios deben aplicar las medidas de control de focos:

- 1) Cubrirse la nariz y la boca al toser / estornudar con un pañuelo descartable, mascarilla o el antebrazo.
- 2) Eliminar los pañuelos descartables y mascarillas usados y realizar higiene de las manos después del contacto con secreciones respiratorias.

7. LIMPIEZA AMBIENTAL

Realice los procedimientos adecuados para la limpieza de rutina y desinfección de superficies del entorno y otras superficies que se tocan con frecuencia.

8. ROPA BLANCA

Manipule, transporte y procese la ropa blanca usada de modo que se logre:

- 1) Prevenir exposiciones de la piel y membranas mucosas y la contaminación de la ropa.
- 2) Evitar traspaso de agentes patógenos a otros pacientes y/o al ambiente.



9. ELIMINACIÓN DE DESECHOS

- 1) Realice adecuada disposición y eliminación segura de desechos.
- 2) Trate los desechos contaminados con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones como desechos clínicos biocontaminados.
- 3) Los tejidos orgánicos y los desechos de laboratorio que están directamente asociados con procesamiento de muestras también deben tratarse como desechos clínicos biocontaminados.
- 4) Deseche adecuadamente los artículos descartables.

10. EQUIPO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES

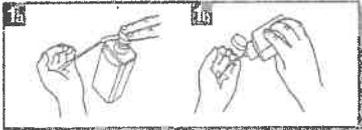
- 1) Manipule el equipo manchado con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones de forma tal que se prevenga exposición de piel y mucosas, contaminación de ropa y traspaso de agentes patógenos a otros pacientes o al ambiente.
- 2) Los equipos y dispositivos deben ser lavados por arrastre, desinfectados o esterilizados de acuerdo a la función para que fueron diseñados, antes de usarlo con otro paciente.
- 3) Eliminar los artículos desechables.

FUENTE: WHO – PAHO.



ANEXO N° 2: TÉCNICAS DE HIGIENE DE MANOS

¿Cómo se deben lavar las manos con un desinfectante (alcohol gel)?



Depositar en la palma de la mano suficiente alcohol gel para cubrir todas las superficies de sus manos

¿Cómo se deben lavar las manos con agua y jabón?



Mojar las manos con agua



Depositar en la palma de la mano suficiente jabón para cubrir todas las superficies de sus manos



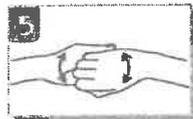
Frotar las palmas de las manos entre sí



Frotar palma de mano derecha contra el dorso de mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa



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



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



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



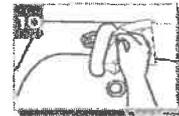
Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa



Enjuagar las manos con agua



Secar las manos con una toalla desechable



Utilizar la toalla desechable con la cual se secó para cerrar el caño

20 a 30 segundos



FUENTE: WHO-PAHO

40 a 60 segundos





ANEXO N°3: COLOCACIÓN Y RETIRO DEL RESPIRADOR N95

Lávese bien las manos antes de ponerse y quitarse el respirador.

Si ha usado con anterioridad un respirador que le ha ajustado bien, trate de usar siempre el mismo tamaño, modelo y la misma marca. Revise si el respirador está en buenas condiciones. Si el respirador parece estar dañado, sucio o deforme, **NO LO USE**. Reemplácelo con uno nuevo. Evite que haya vello facial, hebras de cabello, joyas, lentes, prendas de vestir o cualquier otra cosa entre el respirador y su cara o que esté impidiendo la colocación adecuada del respirador.

COLOCACIÓN DEL RESPIRADOR



Coloque el respirador en la palma de su mano con la parte que se coloca sobre la nariz tocando los dedos y las bandas elásticas colgando por debajo del dorso de la mano.



Agarre el respirador en la palma de la mano (con la mano ahuecada), dejando que las bandas caigan sobre la mano. Sostenga el respirador debajo de la barbilla con la parte que se coloca sobre la nariz mirando hacia arriba.



La banda elástica superior se coloca sobre la cabeza, descansando en el área superior de la parte de atrás de la cabeza. La banda inferior se coloca alrededor del cuello y debajo de las orejas.
¡No cruce las bandas una sobre la otra!



Coloque la punta de los dedos de ambas manos en la parte superior del gancho de metal que cubre la nariz. Deslice hacia abajo la punta de los dedos por ambos lados del gancho de metal que cubre la nariz para moldear el área y que tome la forma de la nariz.

PARA QUITARSE EL RESPIRADOR



¡NO TOQUE la parte de adelante del respirador!
¡Puede estar contaminada!



Quítese el respirador halando la banda elástica inferior sobre la parte de atrás de la cabeza y pasarla hacia adelante sin tocar el respirador. Haga lo mismo con la banda superior.
Agarre SOLO la banda elástica.



Descarte el respirador en el recipiente de desechos. Lávese las manos.
Si el respirador no está contaminado con fluidos, húmedo o sucio puede volver a usarlo.
Guárdelo en una bolsa de papel o caja de cartón, de tal manera que el respirador mantenga su forma original.

FUENTE: WHO – PAHO.



ANEXO N°5: CUANDO UTILIZAR GUANTES



FUENTE: WHO – PAHO.



ANEXO N° 4: PRUEBA DE AJUSTE DEL RESPIRADOR N95

Cada vez que se coloque un respirador, proceda a realizar la prueba de ajuste. Es el único modo de saber si está realmente protegido por el respirador.



Coloque ambas manos sobre el respirador y aspire un poco de aire para revisar si el respirador se ajusta totalmente a su cara.



Con las manos todavía tapando completamente el respirador, bote el aire por la nariz y la boca. Si siente que el aire se filtra, no hay un ajuste adecuado.



Si el aire se filtra alrededor de la nariz, reajuste la pieza de la nariz. Si el aire se filtra por los lados de la mascarilla, reajuste las bandas elásticas a lo largo de la cabeza hasta que obtenga un ajuste adecuado.



Repita la prueba de ajuste. Si no puede obtener un ajuste y sello adecuado, pida ayuda, cambie de respirador o incluso de tamaño o modelo de respirador si es posible.

FUENTE: WHO – PAHO.



ANEXO N°7: COLOCACIÓN Y RETIRO CORRECTO DEL MANDIL O BATA

PARA COLOCARSE EL MANDIL O BATA



Realiza la higiene de manos, con la técnica correcta de los 6 pasos.



Coge con ambas manos el mandil por la parte superior y deja caer para extenderlo.



Mantiene las manos hacia arriba, al nivel de los hombros y desliza dentro de las mangas del mandil.



De ser el caso, jala y acomoda las mangas por la parte interna del hombro.



Ata los tirantes por detrás en la parte superior.



Ata los tirantes por detrás en la parte inferior.



Está listo para atender al paciente.

PARA QUITARSE EL MANDIL O BATA



Desata los tirantes superior e inferior del mandil.



Se quita el mandil cogiendo por la parte interna.



Descarta el mandil doblándolo si está sucio o lo cuelga si está limpio.



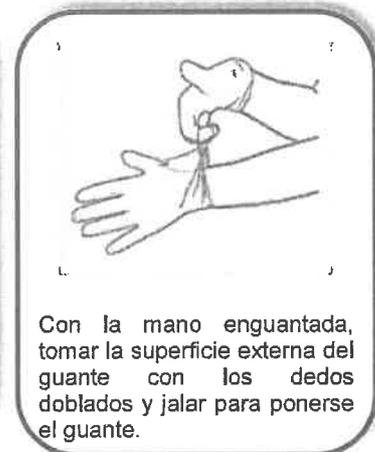
Realiza la higiene de manos, con la técnica correcta de los 6 pasos.

FUENTE: WHO – PAHO.

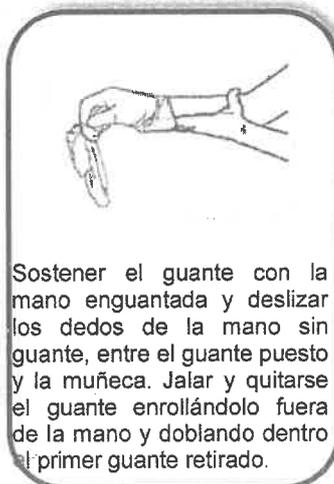


ANEXO N°6: COLOCACIÓN Y RETIRO CORRECTO DE GUANTES

PARA COLOCARSE LOS GUANTES



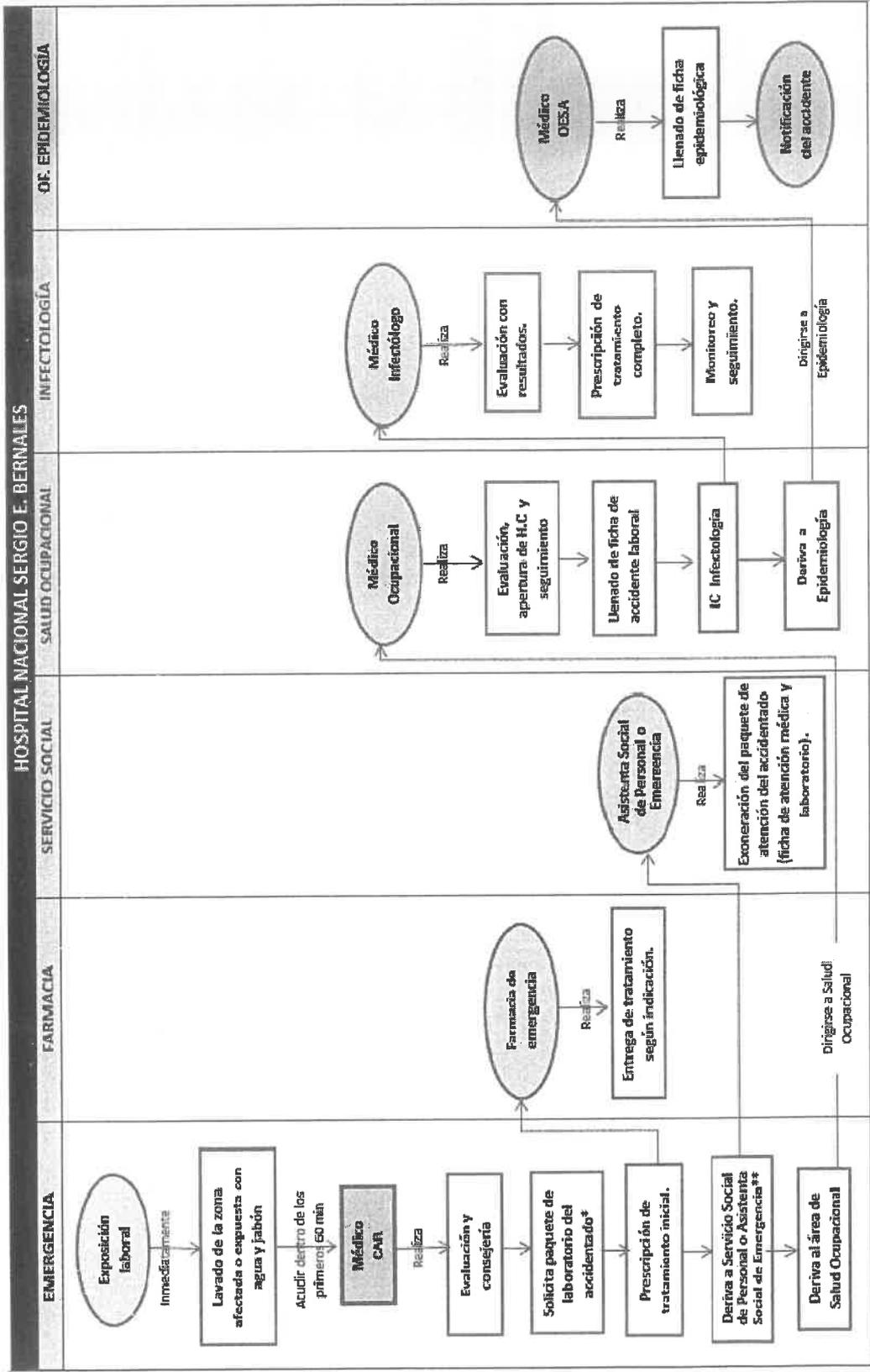
PARA QUITARSE LOS GUANTES



FUENTE: WHO - PAHO.



ANEXO N°8: FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ANTE UN ACCIDENTE LABORAL CON MATERIAL PUNZOCORTANTE O POR CONTACTO CON FLUIDOS O SECRECIONES



* VIH, RPR O VDRL, HbsAg, anticuerpos anti-VHC

** De Lunes a Viernes 8am-3:15pm Asistema Social de Personal / Lunes a Viernes 3:15pm-8am, sábados, domingos y feriados Servicio Social de Emergencia

Fuente: Elaborado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental – 2023.

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



ANEXO N°9: SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS



BOLSA ROJA

EQUIPOS DE VENCOLISIS (SI PINZÓN)	PRUEBAS RÁPIDAS
EXTENSIÓN DISS CON BRÁNCULA	FRASCOS DE VACUNAS
CATER VENCISO CENTRAL	MEDIOS DE CULTIVO
CAMPUS QUIRÚRGICOS DESCARTABLES	TUBOS CON SANGRE (NO ROTOS)
TORUNDAS DE ALGODÓN	PLACAS PETRI (NO ROTOS)
HISOPOS UTILIZADOS	EPP USADOS
PAÑALES USADOS	RESIDUOS CON SECRECIONES DEL PACIENTE
GASAS, VENDAS	JERINGA SIN AGUA
BOLSAS CON SANGRE	MÁSCARAS DE OXÍGENO
RESTOS DE ALIMENTOS DEL PACIENTE	CÁPSULA DIMASAL
BAJALENGUAS DESCARTABLES	CÁPSULA DE ALTO FLUJO
SONDAS NASOGÁSTRICAS	
SONDAS FOLEY	
SONDAS RECTALES	
MÁSCARAS DE HIBRILIZACIÓN	

RESIDUOS SÓLIDOS ESPECIALES



BOLSA AMARILLA

VIALES DE MEDICAMENTOS	
FRASCOS DE JARABE	
TERMÓMETROS (NO ROTOS)	
FRASCOS DE ALCOHOL VACÍOS	
FRASCOS DE JABÓN LÍQUIDO VACÍOS	
FRASCOS VACÍOS DE ALMOMO CUATERMARIO	
ENVASES VACÍOS DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO	
MEDICAMENTOS PARCIALMENTE USADOS	
MEDICAMENTOS VENCIDOS	
QUIMIOTERAPÉUTICOS	
FRASCOS DE SIERO CON MEDICAMENTOS	
REACTIVOS DE LABORATORIO	
BOTELLAS DE SOLUCIONES DE REBELADO	
LATAS DE PINTURA	
BOTELLAS DE INSECTICIDAS	
ENVASES DE PRODUCTOS DE LIMPIEZA	
ENVASES VACÍOS DE CLORHEXIDINA	

RESIDUOS SÓLIDOS COMUNES



BOLSA NEGRA

PAPELES DE OFICINA	
EMPAQUES	
CARTONES	
CAJAS	
BOTELLAS DE BEBIDAS DEL PERSONAL	
ENVOLTORIOS DE JERINGAS	
ENVOLTORIOS DE EPP	
RESTOS DE COMIDA DEL PERSONAL	
CAPUCHONES DE AGUJAS	
PAPEL TOALLA DE SECADO DE MANOS	
PLDERRAS	
RESTOS DE JARDINERÍA	
FRASCOS DE SIERO SIN MEDICAMENTOS NI FLUIDOS CORPORALES	
RESTOS DE VERDURAS (NUTRICIÓN)	
LATAS DE LECHE (NUTRICIÓN)	
PLACAS RADIOGRÁFICAS	
RECETAS MÉDICAS	

RESIDUOS SÓLIDOS PUNZOCORTANTES



CAJA RÍGIDA DE RESIDUOS PUNZOCORTANTES

JERINGAS CON AGUA SIN CAPUCHÓN	
BISTURIES	
AGUJAS DE SUTURA	
AMPOLLAS DE VIDRIO	
AFETADORES Y HORAS DE AFETAR	
PIPETAS	
LANCETAS	
AGUJAS (GUÍAS) DE CATER	
DILATADOR DE CATER VENCISO CENTRAL	
OBJETOS DE VIDRIOS ROTOS	
TIJERAS	
CLAVOS INTRAMEDULARES	
GANCHOS DE VENDAS	
JERINGAS CON AGUJAS RETRACTILES	
PUNZÓN Y CUENTAGOTAS DEL EQUIPO DE VENCOLISIS	
PUNZÓN DE VOLUTROL	
EQUIPOS DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE	