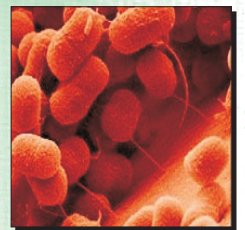


DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)

MARITZA ROA GÓMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad de Servicios

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.
SANDRA E. GALLEGOS M.D.
Consultores



GUILLERMO BECERRA
Gerente General

HERNÁN DARÍO MAILLANE
CARLOS ANDRÉS BECERRA G.
Directores del Proyecto

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO
MARÍA MARCELA MÁRQUEZ A.
JOSÉ EDUARDO FLÓREZ
SAMUEL FRANCISCO ROJAS
Equipo Técnico

***Experto Clínico que revisó:
Dra. Lilian Castañeda
Directora de Calidad Fundación Cardio Infantil***



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MARCO TEÓRICO



**DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES
ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD**

La instrucción del presente paquete está dirigida a todo el personal profesional de enfermería y médicos, así como a los auxiliares de enfermería, laboratorio, camilleros y personal de aseo, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador de la buena práctica **“Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud”** desarrollada en el paquete, sea profesional médico y/o de enfermería, que tenga experiencia en el manejo de programas de seguridad del paciente.

La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas, se desglosan en la Guía de la Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

La seguridad del paciente es un tema en desarrollo en Colombia; este paquete recoge la revisión bibliográfica y las experiencias de instituciones nacionales, y es el punto de partida que deberá ser mejorado progresivamente de acuerdo a las experiencias de nuestras instituciones y de los avances científicos en el tema.

RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención
- validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando
- por las de mayor frecuencia en cada institución
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la
- atención en salud.
- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis

antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).

- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.



INTRODUCCIÓN

La vigilancia y control epidemiológico nacen de la necesidad de evitar el contagio de enfermedades infecciosas en la comunidad. En sus inicios se implementaron acciones como aislamiento y cuarentena de enfermos, al transcurrir los años, gracias al aporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se crearon sistemas de vigilancia epidemiológica con implementación gubernamental en cada país.

Hoy, casi 150 años después de las importantes intervenciones del doctor Ignaz Semmelweis y de la enfermera Florence Nightingale en los campos de la asepsia y la antisepsia, reflejados en la práctica de lavado de manos, y la modificación de los ambientes hospitalarios y asepsia en la curación de las heridas, las infecciones intrahospitalarias revisten una importancia cada día mayor, debido al impacto en la morbilidad de los pacientes, el incremento notable de los costos, el compromiso de los indicadores de calidad y buen nombre de las instituciones, sin mencionar las complicaciones ético legales implicadas en el proceso.

Las infecciones asociadas con la atención en salud han existido desde que se organizan los hospitales, pero no fue hasta el siglo XIX que se comienza a prestar atención a la magnitud del problema. Con los avances tecnológicos y al aumento de procedimientos a los que se somete el paciente, el riesgo de contraer estas infecciones, enfermedades que se originan como consecuencia del progreso médico, se ha incrementado sustancialmente.

Se estima que, en cualquier momento dado, más de 1 millón 400 mil personas en todo el mundo sufre de infecciones contraídas en hospitales(1,2). Las infecciones asociadas a la atención sanitaria ocurren en todo el mundo y afectan tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo. En países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes contrae una o más infecciones, y se considera que entre el 15 y el 40% de los pacientes internados en atención crítica resulta afectado (3). En entornos de bajos recursos, las tasas de infección pueden superar el 20% (4), pero los datos disponibles

son escasos y se necesita más investigación, en forma urgente, para evaluar el peso de la enfermedad en los países en vías de desarrollo.

Los pacientes quirúrgicos son particularmente mas vulnerables a este tipo de infecciones que cualquier otro paciente ingresado en otra sala de un hospital, ya que se les expone a una serie de situaciones (procedimientos invasivos, venopunciones, venodisecciones, quirófano, nutrición parenteral, etc) que aumentan el riesgo para desarrollar infecciones derivadas de la atención en salud.

En los países desarrollados las infecciones asociadas con la atención en salud, son responsables de más de 20.000 muertes por año y de éstas un 4.5 % corresponden a pacientes quirúrgicos (5). Se han descrito internacionalmente una serie de factores de riesgo asociados al desarrollo de infecciones asociadas al proceso de atención en salud, entre otros están: La severidad de la enfermedad de base, terapia antimicrobiana de amplio espectro, instrumental invasivo.

A nivel internacional se han realizado una serie de estudios sobre infecciones hospitalarias, así como de sus factores de riesgo asociados. Un estudio del Dr. E. Andino y colaboradores realizado en la unidad de terapia intensiva del hospital Juan P. Garrahan de Buenos Aires en el año 1995 reveló una incidencia de 3.8 a 9.7 neumonías asociadas a ventilador, 2.7 a 7.9 de bacteriemias nosocomiales de catéter venoso, y 3.4 a 10.7 infecciones del tracto urinario por cada mil días de duración de los mismos. Revelación que mantiene su actualidad y vigencia (6).

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados a la atención en los pacientes en las instituciones de salud.



Objetivos Específicos

- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención de pacientes.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición del riesgo infecciones asociadas a la atención del paciente.

2. LAS INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD COMO EVENTO ADVERSO

Las infecciones asociadas con la atención en salud son generalmente producidas por la flora saprófita del huésped, aunque cualquier microorganismo patógeno en potencia puede causar este tipo de infecciones. Casi todos los estudios indican que los estafilococos y los bacilos gram negativos son los responsables de gran número de las infecciones intrahospitalarias. Los virus también constituyen agentes causales de infecciones asociadas con la atención en salud, el virus sincitial respiratorio se asocia a neumonías e infecciones de las vías respiratorias superiores en salas de lactantes y preescolares de forma estacional. También los hongos (Cándida, aspergillus, mucor) en pacientes inmunodeprimidos son patógenos nosocomiales importantes (7).

Los pacientes adquieren a menudo en los hospitales una flora endógena secundaria la cual proviene de otros pacientes y se transmite a

través del personal hospitalario. Aunque la mayoría de estas infecciones son autóctonas pueden originarse de forma cruzada entre individuos hospitalizados (8).

Las infecciones cruzadas pueden producirse por transmisión directa (contacto, aéreo) o transmisión indirecta de personas a objetos inanimados o viceversa. El contacto indirecto por las manos del personal hospitalario es la vía más frecuente de transmisión de microorganismos entre los pacientes.

Otras infecciones pueden transmitirse por otros medios (productos sanguíneos) como el caso de la hepatitis B, además la Septicemia a partir de soluciones endovenosas contaminadas y la transmisión aérea de la Tuberculosis y enfermedades virales infantiles (9).

Aunque el riesgo de exposición a agentes infecciosos en los pacientes hospitalizados está aumentando o se tiene ahora mayor registro, no hay nada que haga sospechar que los microorganismos intrahospitalarios poseen atributos que les confieran mayor potencial patógeno. En la mayoría de los casos, las infecciones adquiridas en el hospital son infecciones oportunistas lo que significa que los microorganismos son gérmenes de patogenicidad ordinaria o baja en sujetos cuya capacidad para protegerse de ellos está alterada de alguna manera (7).

A nivel internacional se han descrito una serie de factores de riesgo asociados a las infecciones asociadas con la atención en salud, entre los cuales podemos mencionar los siguientes: Edad, Alteración de la flora del huésped, Interrupción de las barreras anatómicas, Implantación de cuerpos extraños, alteraciones metabólicas y circulatorias, alteraciones específicas e inespecíficas de la respuesta inmunológica, entre otros (7).

Las infecciones asociadas con la atención en



salud son complicaciones relacionadas con las intervenciones del proceso médico en el tratamiento de enfermedades que incluyen: Tratamiento intravenoso, sondas urinarias, prótesis valvulares, prótesis ortopédicas, cuidados intensivos, tratamiento inmunosupresor y quimioterapia anti-neoplásica. En los pacientes pediátricos la frecuencia de infecciones nosocomiales es menor que en los adultos. Son muchos los factores que contribuyen a estas diferencias, incluyendo factores relacionados con el huésped, fuente de infección, rutas de tratamiento y distribución de los patógenos (7).

Valiéndonos de la revisión sobre el tema de las infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso y de la experiencia de nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de este evento adverso se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud, estas son:

- No lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente
- La inadecuada asepsia y antisepsia para herida quirúrgica,
- No adecuada colocación de catéteres
- Contaminación del ventilador por mala manipulación
- La no inserción aséptica de sondas urinarias estéril
- No uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado con estos fluidos.
- En herida quirúrgica además una técnica quirúrgica no adecuada y la no profilaxis antimicrobiana adecuada
- No utilización de mascarillas, gafas y tapabocas.
- No utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico.
- No lavados de cada habitación y sitios adecuados para el control de excretas y

recipientes para descartar el material corto punzante.

- No utilización de materiales desechables estériles.
- En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculoesqueléticas del tórax del no recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.
- No cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas en los pacientes
- No drenaje periódico de cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica.

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan la presencia de infecciones asociadas con la atención en salud, pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Existe evidencia importante de que la antisepsia de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. La higiene de las manos es, por lo tanto, una acción fundamental para asegurar la seguridad del paciente que debe tener lugar en forma oportuna y efectiva en el proceso de atención. No obstante, el bajo nivel de cumplimiento con la higiene de las manos es una cuestión universal en la atención sanitaria. Esto contribuye a la transmisión de microbios capaces de causar infecciones asociadas a la atención sanitaria evitables. Se ha demostrado que una mayor adherencia a las pautas y normas sobre higiene de las manos disminuye la propagación de infecciones asociadas a la atención sanitaria.



3. HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE INFECCIONES.

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video “Análisis Causal de eventos adversos”) y partiendo de las infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron.

En el capítulo anterior se listaron las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con las infecciones asociadas con la atención en salud..

Sobre estas acciones inseguras se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberán implementarse para evitar la aparición del evento adverso, en este caso las escaras. Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuales son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

El análisis causal según el Protocolo de Londres, se aplicará a las cinco (5) primeras acciones inseguras más recurrentes en la presencia de infecciones asociadas con la atención en salud, a modo de ejemplo.

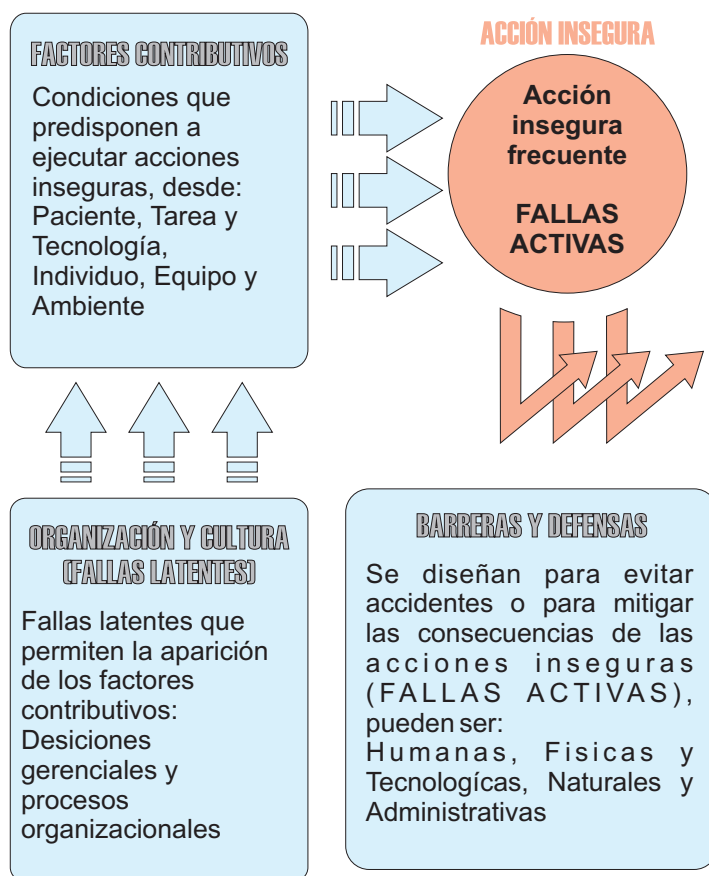
Es importante que como ejercicio didáctico, los alumnos del paquete instruccional puedan desarrollar este análisis al resto de las causas más frecuentes señaladas o no en el presente

documento, para luego poder gestionar las acciones inseguras particulares que se hayan presentado al interior de la Institución.

ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS

Para explicar el esquema de análisis causal desarrollado a las cinco (5) primeras acciones inseguras mas frecuentes, nos valdremos de un esquema grafico, que permita relacionar todos los elementos.

El esquema es:



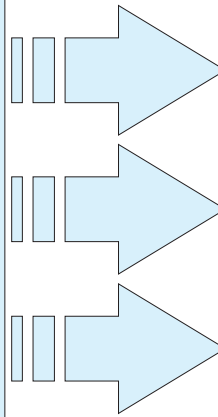
ANÁLISIS CAUSAL 1

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Tarea y tecnología: Falta de adherencia al protocolo de lavado de manos: antes de entrar en contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes, después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente, antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso aunque no haya tocado al paciente. Falta de lavamanos en insumos de aseo en ellos.

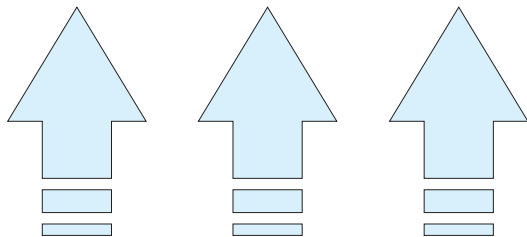
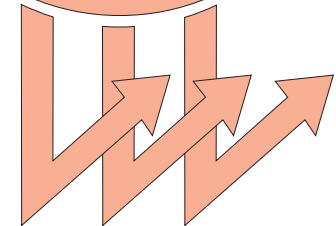
Equipo de trabajo: falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo.

Ambiente: Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados); falta de elementos para realizar el procedimiento de lavado de manos



ACCIÓN INSEGURA

NO LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE EXAMINAR A CADA PACIENTE



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención y procedimiento de lavado de manos
- Manual de bioseguridad no actualizado ni socializado
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Inadecuado plan de mantenimiento de la infraestructura de la institución.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen el correcto lavado de manos y el funcionamiento de todos los dispositivos para esta acción.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Cumplimiento de los protocolos de lavado de manos y medidas de bioseguridad en la Institución mediante la evaluación periódica de un indicador para esta acción.
- Evitar el contacto físico con el paciente o su entorno si no es vital o necesario.
- Contar con un dispensador de alcohol glicerinado en cada habitación.

Físicas y Tecnológicas:

- Asegurar el funcionamiento y dispositivos de todos los lavamanos.
- Contar con los equipos dispensadores de jabón.

Administrativas:

- Estandarizar procesos y verificar del correcto lavado de manos mediante lista de chequeo.
- Diseño de protocolos de lavado de manos propio de la institución.



ANÁLISIS CAUSAL 2

FACTORES CONTRIBUTIVOS

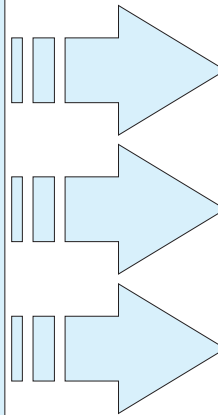
Paciente: Patología (pacientes con infecciones diagnosticadas que deben ser sometidos a cirugía)

Tarea y tecnología: Falta de empleo de profilaxis antimicrobiana en pacientes sometidos a cualquier procedimiento de cirugía contaminada y en las limpias en las que se implante un cuerpo extraño procedimiento y el manejo postoperatorio; y ausencia de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario de cirugía.

Individuos: Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento, falta de adherencia al tema de bioseguridad del personal asistencial que realiza el procedimientos.

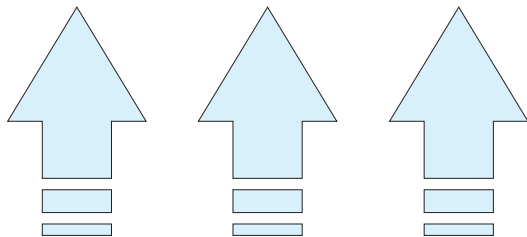
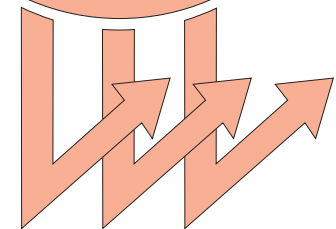
Equipo de trabajo: Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, ineficiente comunicación y seguimiento entre turnos a pacientes con herida quirúrgica.

Ambiente: Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).



ACCIÓN INSEGURA

LA INADECUADA ASEPSIA Y ANTISEPSIA PARA HERIDA QUIRÚRGICA



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención, particularmente en la preparación de las herida quirúrgica.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario
- Manual de bioseguridad no actualizado ni socializado.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los biorriesgos prevenibles por este medio.
- Seguimiento especial de enfermería a pacientes con herida quirúrgica.
- Comunicación clara entre cambio de turnos de pacientes con herida quirúrgica.

Naturales:

- Asegurar buena iluminación en las salas de cirugía.

Físicas y Tecnológicas:

- Contar con los equipos y muebles necesarios para realizar el procedimiento de limpieza de herida quirúrgica
- Contar con los recursos necesarios en cuanto a la dotación para el lavado de las heridas

Administrativas:

- Listas de chequeo en cirugía (OMS)
- Implementación de protocolos de aseo en sala quirúrgicas
- Se debe establecer un programa de vigilancia de las heridas quirúrgicas con información periódica a cada cirujano de su frecuencia de infección en las cirugías limpias.



ANÁLISIS CAUSAL 3

FACTORES CONTRIBUTIVOS

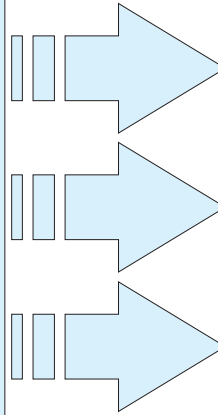
Paciente: Condiciones del paciente (flora microbiana en el sitio de salida del catéter), Infección local en el sitio de colocación del catéter, edad del paciente.

Equipo de trabajo: falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.

Tarea y tecnología: Incumplimiento en el seguimiento de las guías establecidas, calidad de los catéteres, limpieza cutánea antiséptica eficaz y la técnica estéril durante la inserción del catéter, tipo de vendaje

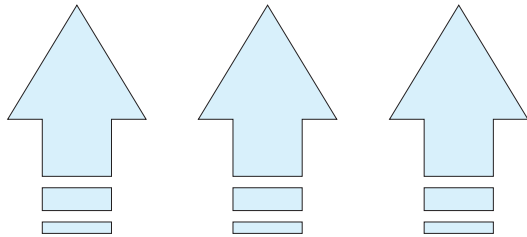
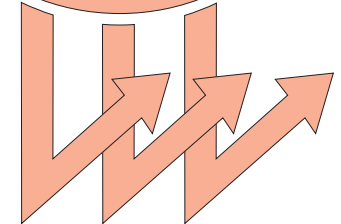
Individuos: La técnica utilizada durante la inserción del catéter, falta de experiencia del personal asistencial

Ambiente: Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados)



ACCIÓN INSEGURA

NO ADECUADA COLOCACIÓN DE CATÉTERES



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Manual de bioseguridad no actualizado ni socializado
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- Disponibilidad insuficiente de personal para la atención de los pacientes.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- La utilización de barreras de precaución al momento de introducir el catéter.

Administrativas:

- Realizar capacitaciones sobre buenas praxis de colocación de catéteres
- Mejorar la calidad de los requerimientos de compras de catéteres.
- Realizar talleres de colocación de cateteres con el personal asistencial.

Físicas

- Insumos adecuados para cubrir el catéter (algunos estudios han demostrado que las gasas se asocian con menor proliferación bacteriana que el vendaje adhesivo transparente, sin embargo los vendajes altamente absorbentes son más recomendados que las gasas)
- Implementación de nuevos catéteres con depósitos de povidona con el fin de disminuir las bacteriemias asociadas al catéter.

Naturales:

- Asegurar buena iluminación en las habitaciones de los pacientes.



ANÁLISIS CAUSAL 4

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente: Patología (paciente crítico con baja respuesta inmunológica)

Tarea y tecnología: No seguimiento de las guías establecidas, falta de tubos endotraqueales especiales, mantenimiento deficiente de los ventiladores.

Equipo de trabajo: Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.

Individuos: Falta de experiencia del personal que realiza el procedimiento, funcionarios de otras áreas laborando sin la experiencia específica (personal de pisos en uci), personal encargado del cuidado del ventilador (puede contaminarlo al realizar cambios de circuitos diseminando patógenos de un paciente a otro)

Ambiente: Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

ACCIÓN INSEGURA

CONTAMINACIÓN DEL VENTILADOR POR MALA MANIPULACIÓN.

BARRERAS Y DEFENSAS

Físicas y Tecnológicas:

- Contar con los equipos e insumos adecuados para realizar el cambio de circuitos y el mantenimiento del ventilador.
- Contar con tubos endotraqueales especiales.
- Diseño de protocolos de manejo de los ventiladores.
- Programar periódicamente procesos de esterilización en los ventiladores.

Humanas:

- En los pacientes que lo necesitan deben recibir instrucciones pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial
- Asegurar unas condiciones de asepsia mínimas de las personas que hacen el mantenimiento de los ventiladores.

Administrativas:

- Diseño o adopción de protocolos de mantenimiento preventivo y correctivo de los ventiladores.
- Capacitar al personal encargado del ventilador sobre su manejo seguro.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen el correcto funcionamiento y utilización de los ventiladores.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

ANÁLISIS CAUSAL 5

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

Colaboración por parte del paciente, patología (paciente crítico con baja respuesta inmunológica).

Tarea y tecnología:

Tratamiento que no permita mantener sonda urinaria del catéter cerrada, o que requiera de retiro y manipulación permanente

Individuos: Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento),

Equipo de trabajo: falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, comunicación deficiente en el cambio de turnos.

Ambiente: sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

ACCIÓN INSEGURA

LA NO INSERCIÓN ASÉPTICA DE SONDAS URINARIAS ESTÉRILES

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

➤ Cumplimiento de los procedimientos de colocación de sondas y medidas de bioseguridad en la institución

Físicas y Tecnológicas:

➤ Contar con los insumos necesarios y de calidad para la colocación y cambio de sondas.

Administrativas:

➤ Estandarizar los procedimientos y verificar mediante lista de chequeo.
➤ Evaluación periódica de estas acciones.
➤ En las guías y protocolos, asegurar la mínima manipulación de las sondas.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.



4. RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se podrán implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características y desarrollo de cada institución:

➤ Existe evidencia importante de que la antisepsia de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria (10,11); por lo que se recomienda:

- Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
- Lavado de manos antes de realizar una tarea aséptica.
- Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
 - Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
 - Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente
- Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos

➤ Las investigaciones publicadas sugieren que las estrategias multimodales y multidisciplinarias que se concentran en un cambio del sistema (12,13,14,15,16) ofrecen la mayor probabilidad de éxito en términos de mejora de la higiene de las manos y reducción de infecciones

- Utilización de catéteres de un solo lumen, salvo en los casos que se necesite múltiples accesos para administrar varias soluciones esenciales para el manejo del paciente (9).
- Evaluar el riesgo beneficio de colocar un catéter en el sitio recomendado para reducir las infecciones contra el riesgo de complicaciones mecánicas (8).
- Utilizar técnicas estériles, guantes, batas, mascarillas y un campo grande para la

inserción de catéteres venosos centrales y hacer uso de estas precauciones aún cuando el catéter se coloca en sala de cirugía (17).

- No se deben reemplazar en forma rutinaria los catéteres venosos centrales como método para prevenir las infecciones asociadas (17).
- Si se sospecha infección asociada aún cuando no haya evidencia de infección local se deberá retirar el catéter y colocar otro enviando, el que se retira a cultivo (17).
- Uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado de estos fluidos (17).
- Utilización de mascarillas, gafas y tapa bocas para evitar la transmisión aérea.
- Utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico (17).
- Manipular con precaución el equipo para el cuidado de los pacientes de manera que se evite la contaminación de la ropa, piel y mucosas (17).
- Manejar adecuadamente el equipó crítico que entra en contacto directo con el torrente sanguíneo o que atraviesa las barreras naturales de defensa, utilizando preferiblemente materiales desechables estériles (11).
- Cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas para disminuir la colonización bacteriana.
- Debe drenarse periódicamente cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica, teniendo cuidado que no refluya al paciente (7).
- En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculoesqueléticas del tórax deben recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial (9).
- La inserción aséptica del catéter estéril y el mantenimiento del sistema de drenaje estéril y cerrado.
- En general existen dos principios básicos para la prevención de infecciones urinarias asociadas a sonda urinaria: Mantener el catéter cerrado y

retirarlo lo más pronto posible. Algunos autores han descrito que no es necesario dejar un catéter urinario por más de tres días si no existe una indicación precisa tal como (8):

- Postquirúrgico: De 1 - 7 días
- Cuantificación del gasto urinario: De 7 - 30 días
- Retención urinaria: de 1 - 30 días
- Incontinencia urinaria: Más de 30 días

- Técnica quirúrgica adecuada y la profilaxis antimicrobiana adecuada se consideran medidas estándar de prevención (9).
- Los pacientes con infecciones diagnosticadas no deben ser sometidos a cirugía electiva hasta que no sea tratado y resuelta la infección.
- Profilaxis antimicrobiana en pacientes sometidos a cualquier procedimiento de cirugía contaminada y en las limpias en las que se implante un cuerpo extraño. Se debe enfatizar que los antibióticos profilácticos no pueden sustituir la excelencia en la técnica quirúrgica, la selección del paciente, el procedimiento y el manejo postoperatorio (9).
- El cubrir las heridas con gasa o apósitos estériles se considera la conclusión de la asepsia quirúrgica. Las heridas se pueden dejar sin cubrir después de 24 horas de postoperatorio en las que ya epitelizó la herida.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo.
- Involucrar a los pacientes en la prevención de la infección asociadas con la atención en salud
- Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, en especial pero no exclusivamente para Tétanos, Difteria, Sarampión, Rubeola, Paperas, Hepatitis B, Influenza Estacional, Fiebre Amarilla y otras de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.

5. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoría de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud pueden ser:

- **Infecciones debidas a la atención clínica: Tasa por mil.**
- **Proporción de bacteremia en pacientes con catéter central.**

Recuerde, que en todo proceso de monitorización en implementación de indicadores de control, se debe explicitar el periodo al que hace referencia la medición.

En los anexos del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”, encontrará la ficha técnica de los indicadores enunciados.



6. PRÁCTICAS EXITOSAS

La reducción del riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud..

Cuando se aplican de manera correcta las buenas practicas de seguridad del paciente se obtienen resultados. A continuación algunos ejemplos:



PRACTICA 1

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD. SERVICIO DE CIRUGÍA.

Lugar: Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Nicaragua 2002

Objetivo: Determinar los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de infecciones asociadas con la atención en salud en los pacientes ingresados en el servicio de Cirugía del Hospital Infantil "Manuel de Jesús Rivera" durante el período Enero a Diciembre de 2002.

Método: El estudio epidemiológico es retrospectivo, analítico, tipo casos y controles (ver anexos). Todos los pacientes ingresados al servicio de cirugía del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera que les fue realizado un procedimiento quirúrgico durante el período 1° de Enero al 31 de Diciembre del 2002.

Se establecieron dos grupos de comparación, casos = 50 y controles =100 (Dos controles por cada caso). Se definió CASO a todo paciente que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión, que además se les diagnosticó Infección asociada con la atención en salud por clínica, laboratorio, radiología, ultrasonido o alguna combinación de ellos. Un total de 50.

Resultados: Durante el período 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 2002, se registraron un total de 1475 ingresos al Servicio de Cirugía del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera de los cuales el 3.38% desarrolló infección asociada con la atención en salud.

Conclusiones:

1. Las características generales entre casos y controles son similares (la mayoría de los pacientes son mayores de 1 año, del sexo masculino, proceden de Managua, con estado nutricional normal y permanecen hospitalizados

menos de 14 días).

2. El procedimiento quirúrgico que más se les realiza a los pacientes es la Apendicetomía con duración de más de 31 minutos, siendo esto último un factor de riesgo asociado a infección asociada con la atención en salud.

3. Las infecciones asociadas con la atención en salud más frecuentes fueron: Infección de herida quirúrgica, flebitis, neumonía, infección de vías urinarias y diarrea.

4. Los sitios de infección asociada con la atención en salud más frecuentes fueron: La pared abdominal, los miembros superiores, el pulmón, el sistema genitourinario y el sistema gastrointestinal.

5. La estancia hospitalaria prolongada, la duración de la cirugía prolongada, la falta de profilaxis antimicrobiana, la terapia antimicrobiana prolongada y el uso de bloqueadores H2 son factores que aumentan el riesgo de desarrollar infección asociadas con la atención en salud.

Recomendaciones:

1. Sensibilizar a las autoridades nacionales del Ministerio de Salud para que financien la implementación de proyectos destinados a disminuir las infecciones asociadas con la atención en salud en el hospital.

2. Coordinar con el nivel nacional del Ministerio de Salud para garantizar el apoyo con recursos financieros, técnicos y material al laboratorio del hospital para que sea determinante en la lucha contra las infecciones asociadas con la atención en salud.

3. Aplicar correctamente todas las normativas, protocolos y disposiciones generales existentes encaminadas a disminuir las infecciones asociadas con la atención en salud en nuestro centro.

4. Crear un Área de Epidemiología Hospitalaria para que coordine todas las acciones de prevención y control de las infecciones asociadas con la atención en salud.

5. Fortalecer la capacidad organizativa, técnica, y operativa del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales del Hospital mediante estudios de prevalencia





puntual, monitoreo y evaluación del Programa.

6. Identificar tempranamente los factores de riesgo que favorecen el desarrollo o la adquisición de las infecciones asociadas con la atención en salud en la población infantil para detectar oportunamente los casos y prevenir las epidemias en el hospital.

PRACTICA 2

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN

Lugar: Clínica Marly, Bogotá Colombia

Objetivo: Conocer las acciones y los procedimientos de la enfermera en la vigilancia y control epidemiológico de la infección en la Clínica Marly.

Método: Al profundizar en la integralidad del papel de enfermería y campos de acción como son asistenciales, comunitarios, administrativos y académicos, observamos que estos son pertinentes en el proceso de la vigilancia y control epidemiológico.

En el aspecto asistencial se mantiene un contacto directo con los pacientes en cuyo cuidado incide todos los factores de riesgo que pueden conllevar a un Sistema de Vigilancia **Infecciones Intrahospitalarias (IIH)**, ya que se realizan procedimientos invasivos como inserciones de catéteres (bacteriemias asociadas a catéter), curación de heridas (infección de sitio operatorio), cateterismo vesical (infección Urinaria), entre otros.

También gerenciamos el servicio de hospitalización donde podemos orientar el correcto descarte de los residuos hospitalarios, la limpieza y desinfección de ambientes y superficies, y el entorno y ambiente hospitalario. Para poder prevenir las IIH y las epidemias por eventos en salud pública se debe capacitar a todo el equipo del cuidado de salud, personal administrativo,

pacientes y comunidad en general sobre el tema; al aplicar los programas de Prevención y Promoción estamos contribuyendo a disminuir los índices de morbimortalidad por consiguiente propender por el mejoramiento de la calidad de vida de la población e incidiendo en el cambio y generación de políticas en salud pública. Todas estas acciones son generadas por la producción de estadísticas, indicadores y demás elementos de la epidemiología los cuales deben ser notificados, analizados e informados en sistemas de gestión administrativa, que a su vez evalúan la calidad de la gestión en servicios en salud.

Conclusiones: El perfil de la enfermera cumple con todos los requerimientos que solicita la vigilancia y control epidemiológico, ya que al tener una formación integral logra cumplir con las metas propuestas para tal actividad

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aislamiento de contacto: habitación de aislamiento, lavado de manos y uso de guantes, delantal limpio, instrumental personal (fonendoscopio y termómetro).

Infección nosocomial: es cualquier infección adquirida 48 horas después del ingreso hospitalario de un paciente que no la tenía ni se encontraba en incubación al momento de su ingreso

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Tikhomirov E. WHO Programme for the control of hospital infections. *hemiotherapia*, 1987, 3:148–151.
- (2). Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive care units. *Lancet*, 2003,



361:2068–2077.

(3). Lazzari S, Allegranzi B, Concia E. Making hospitals safer: the need for a global strategy for infection control in healthcare settings. *World Hospitals and Health Services*, 2004, 32, 34, 36–42.

(4). Pittet D Infection control and quality health care in the new millenium, *American Journal of Infection Control*, 2005, 33(5):258–267

(5). Aibar Remón C. y cols. Infecciones nosocomiales en pacientes quirúrgicos. Problemas de medición y de comparación de resultados. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. 2008.

(6). Andión E. et al. “Nosocomial Infections in Intensive Care Units”. *Rev. Argentina de Medicina*. (3): 315 – 322. 1995.

(7). Feigin C. Tratado de infecciones en Pediatría. 3ra. ed. McGraw Hill Interamericana México. (2): 2375 - 2411. 1995

(8). Ponce de León Samuel. Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. Washington D.C. OPS, (4): 91 – 108. 1996

(9). Wenzel Richard. Prevention and Control of Nosocomial Infections. 3ra. ed. Williams and Wilkins. Baltimore: 771 – 794, 826 – 830. 1990

(10). Casewell M, Phillips I. Hands as route of transmission for Klebsiella species. *BMJ*, 1977. 2:1315–1317.

(11). Johnson PD et al. Efficacy of an alcohol/chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infection. *Medical Journal of Australia*, 2005, 183:9–14

(12). Webster J, Faoagali JL, Cartwright D. Elimination of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from a neonatal intensive care unit after hand washing with triclosan. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1994, 30:59–64

(13). Larson EL, et al. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behavioral Medicine*, 2000, 26:14–22

(14). Swoboda SM et al. Electronic monitoring and voice prompts improve hand hygiene and decrease nosocomial infections in an intermediate care unit. *Critical Care Medicine*, 2004, 32:358–363

(15). Lam BC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. *Pediatrics*, 2004, 14:e565–571

(16). Pittet D, Boyce JM. Revolutionizing hand hygiene in health-care settings: guidelines revisited. *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3:269–270

(17). Brown M. CDC Publishes New Guidelines for Prevention of Intravascular Device-Related Infections. *Am J Infect Control*. (11): 183 – 199. 1995

Bibliografía de Profundización

BIBLIOGRAFÍA

Londoño \ Hernández Esquivel. Infecciones Hospitalarias de Malagón Segunda Edición Pág. 120.

Rabanaque Hernández, M..J., Aibar, Remón C. y

Gómez López, L.I. Estimación del Coste de las infecciones nosocomiales mediante estudios caso control apareados. Hospital Clínico de Zaragoza. 2000.

Tinoco J.C., Salvador-Moysen J., Pérez-Prado M.C., Santillana-Martínez G. y Salcido-Gutiérrez L. Epidemiología de las infecciones nosocomiales en un hospital de segundo nivel. Rev. Salud Pública México. 39 (1): 25 – 31. 1997.

Andión E. Et al. “Nosocomial Infections in Intensive Care Units”. Revista Argentina de Medicina. (3): 315 – 322. 1995.

Pittet D et al. Prevalence and Risk Factors for Nosocomial Infections in four University Hospitals in Switzerland. Rev. Infection Control and Hospital Epidemiology 20(1): 37 – 42. 1999.43

Singh, Naz. et al. Risk Factors for Nosocomial Infections in Critically Ill Children: A prospective Cohort Study. Critical Care Medicine. 24(5): 875 – 878. 1996.

Wenzel Richard. Prevention and Control of Nosocomial Infections. 3ra ed.

Williams and Wilkins, Baltimore: 771 - 794, 826 - 830. 1990.

Starfield B. Is US health really the best in the world? Journal of the American Medical Association, 2000, 284:483–485.

The Socio-economic burden of hospital acquired infection. Public Health Laboratory Service, 1999.

Mayor S. Hospital acquired infections kill 5000 patients a year in England. BMJ, 2000, 321:1370.

Zaidi AK et al. Hospital acquired neonatal infections in developing countries. Lancet, 2005, 365:1175–1188

Pittet D et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet, 2000, 356:1307–1312

CIBERGRAFÍA:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/444/1/Infecciones-nosocomiales-o-intrahospitalarias-Apuntes-de-infectologia-Enfermedades-infecciosas-Apuntes-de-medicina.html>

INFECCIONES NOSOCOMIALES O INTRAHOSPITALARIAS

<http://www.premiocalidadsalud.org/pdf/criterio5.pdf>

GESTIÓN CLÍNICA DE PROCESOS DE ATENCIÓN FRENTE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

<http://www.prematuros.cl/guiasneo/infeccionesnosocomiales.pdf>
GUIAS NACIONALES DE NEONATOLOGIA

<http://www.saludcapital.gov.co/paginas/vsp.aspx>.

<http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/m0045365/m0045365.asp>

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562008000100004&script=sci_arttext

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/nosocomial>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000146.htm>



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



**DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES
ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD**

La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca de las buenas prácticas para prevenir caídas en los pacientes durante la estancia hospitalaria; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”)

Como instructor también debe comprender a profundidad como funciona la Guía del Alumno, para poder guiarlo en su proceso de aprendizaje.

Recuerde que como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución, y de los resultados que cada uno de ellos

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.

Competencias Institucionales

- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre las infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario que contribuyen en la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción para prevenir la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- Infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso.
- Acciones inseguras que contribuyen a la aparición de infecciones asociadas a la atención durante la estancia hospitalaria.
- Factores contributivos de acciones inseguras

hospitalarias que favorecen la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud.

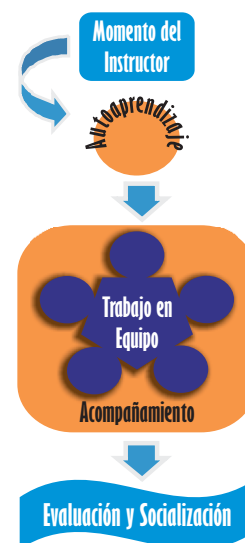
- Cultura organización y su implicación en la generación de factores contributivos para que se presenten infecciones asociadas con la atención en salud.
- Planes de acción y barreras de seguridad para prevenir la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud.

De Procesos

- Análisis causal según el Protocolo de Londres
- Protocolos y guías de atención intrahospitalaria
- Protocolos de aseo y lavado de manos.
- Manual de bioseguridad.
- Valoración del riesgo de infección asociada con la atención en salud.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete, se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del saber hacer, es decir, instrucciones de prácticas, para ello se plantea trabajar en momentos de aprendizaje que se fundamentan en el trabajo en equipo; adelante se presenta un mapa conceptual que muestra los ambientes de aprendizaje y su secuencia lógica:





Procederemos ahora a explicar detalladamente las actividades que desarrollará el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje:

Momento del Instructor

Este momento se desarrollará en el 35% del tiempo destinado para cada paquete y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor, para el caso particular de infecciones asociadas a la atención en salud estamos hablando de 85 minutos. El Instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre el tema (Marco Teórico) para la indagación y profundización con su respectiva bibliografía.

Para el abordaje de la temática, deberá orientar las siguientes fases:

Motivación:

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal.

Instalar la reunión; Informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo, Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Ubicación:

El participante comprenderá más, si encuentra que lo que se le propone está vinculado a una problemática de su entorno, de su interés. Esta participación hay que estimularla, desarrollando preguntas que permitan identificar:

- La experiencia de los alumnos sobre este aspecto
- Genere diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematic y explore necesidades y expectativas.
- Precise los objetivos de aprendizaje

Adquisición:

En esta fase el Instructor procura que el participante a la formación codifique la información a su disposición, que la reciba, clasifique y organi-

ce, según su nivel desarrollo y comprensión.

Es el momento en que el instructor valiendose de la presentación del paquete de infecciones asociadas con la atención en salud, expone al alumno todo el Marco Teórico, para ello deberá:

- Explicar los procedimientos y/o las teorías y hechos que los soportan.
- Hacer un planteamiento interdisciplinario, utilice diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- Traducir la información según el nivel de conciencia posible del alumno y utilice su lenguaje.
- Apóyarse sobre la experiencia previa del alumno y ejemplificarla basada en su realidad.
- Preferir la pregunta problematizadora a la afirmación categórica.

Tanto en la motivación como en la ubicación, el Instructor puede valerse de la asignación de liderazgos para promocionar la participación activa de los alumnos; existen diversos roles que se pueden manejar (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).



Autoaprendizaje

Este momento, discurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que el alumno se apropia de los conocimientos impartidos, no quiere decir esto que el instructor sea incapaz de hacer actividad alguna; en este caso particular:

- Entrega al estudiante “Guía del Alumno” sobre las caídas y explica el desarrollo de este documento. (ver paquete “Modelo Pedagógico”).
- Invita a participar activamente al estudiante en la sesión de formación.





Trabajo en Equipo

Este es el momento de aprendizaje que sirve de eje para nuestra propuesta pedagógica y por lo tanto el que mayor tiempo toma, estamos hablando del 50% del tiempo total, es decir 120 minutos; en él se privilegiará la implementación de la estrategia didáctica más pertinente para lograr los objetivos de formación de cada paquete. Para el caso particular que nos atañe, detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados a la atención durante la estancia hospitalaria, recomendamos desarrollar “la técnica de riesgo”, talleres vivenciales.

Este momento lo desarrollara el instructor de la siguiente manera:

Organización:

- Explica mediante un ejemplo el significado y el diseño de la Técnica del Riesgo, Un grupo debate los riesgos que podrían derivarse de una alarma de infección asociada con la atención en salud
- Organiza a los participantes en equipos asistenciales interdisciplinarios, donde estén todos los involucrados en la atención hospitalaria.

Técnica Didáctica:

Técnica de Riesgo “Brote Epidémico” (ver anexo)

- Se formula con precisión la situación o problema relacionado
- El grupo grande se divide en subgrupos para que estos expresen sus temores frente al riesgo que se determina
- Se asigna un coordinador para que relate las vivencias, temores y conclusiones. Se concede un tiempo prudencial para el taller vivencial.
- Se invita a los subgrupos a que discutan y analicen los riesgos, eliminando los irreales. El subgrupo toma una decisión con un conocimiento más objetivo de la realidad.

➤ Resultados:

- Una vez se ha discutido en cada equipo la

situación o problema, se procede a la socialización ante la plenaria, frente a la toma de decisión producto de la reflexión y el análisis. Se conceden un tiempo prudencial para la revisión de cada decisión grupal.

- Invite a que el grupo plenario participe, opine y argumente en torno a la situación representada. Permita e incentive una participación profunda y reflexionada.

Aunque proponemos la técnica de riesgo para abordar el paquete, esto no imposibilita al instructor ha utilizar otra técnica (ver paquete “Modelo Pedagógico”)



Acompañamiento

Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrolla el “Trabajo en Equipo”, pues hace referencia al acompañamiento que hace el Instructor durante la implementación de la técnica didáctica; en donde:

- Orienta al funcionario-estudiante en su proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto en la sesión presencial como en el trabajo autónomo, teniendo como referencia las actividades descritas en la presente guía de aprendizaje .
- Asume las funciones de tutor del capacitado en lo que tiene que ver con la aplicación práctica de lo aprendido.

Evaluación y Socialización

Este momento corresponde al 15% del tiempo total de la formación, es decir 35 minutos, y tiene que ver con el cierre; en ella el instructor:

- Reúne a los estudiantes en sesión plenaria y propone la explicación de las conclusiones grupales.
- Propone la creación de mesas de trabajo que monitoricen la implementación de las acciones



Agenda Propuesta “Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud”

AMBIENTE /MOMENTO	MINUTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR	<u>85</u>
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	70
TRABAJO EN EQUIPO	<u>120</u>
Organización	10
Técnica Didáctica	90
Resultados	20
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	<u>35</u>
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Auto evaluación	5
Cierre de la sesión	5
TOTAL TIEMPO	<u>240</u>

Ambientes de Aprendizaje

- Aula Taller.
- Centros de información y documentación.
- Entorno laboral.
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Medios y Recursos Didácticos

- Marco teórico “Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud”, con su referencias bibliográficas y de profundización
- Guía del Aprendiz “Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud”
- Técnica de Riesgo “*Brote Epidémico*”.
- Ejercicios de análisis causal según el protocolo

de Londres, de las acciones inseguras más recurrentes para la presentación de la caída del paciente.

- Diapositivas del paquete “Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud” entregadas por el capacitador durante el momento de la instrucción

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos de infecciones asociadas con la atención en salud, de acuerdo a la normatividad vigente y a las experiencias internacionales.
- Explican y entienden las principales acciones inseguras que están relacionadas con la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Identifican los factores contributivos que predisponen la presentación de las acciones inseguras más frecuentes, y comprende cuales de las decisiones gerenciales y procesos organizacionales son quienes las mantienen vigentes
- Proponen barreras de seguridad, basados en los factores contributivos y las buenas prácticas para detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.

El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación, tal y como aparece en la guía de aprendizaje





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DEL ALUMNO



**DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES
ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD**

La siguiente guía, tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción de cada uno de los paquetes. Es imperativo si se quieren obtener los objetivos de cada paquete, que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas, y participe colaborativamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas.

Finalmente, es vital comprender, que a la postre, el impacto que pueden llegar a tener estos paquetes, depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas.

Una atención segura en salud sólo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general está instruido en el desarrollo de “Buenas Prácticas de Atención en Salud”, en este caso, prácticas para detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención.

1. IDENTIFICACIÓN

Modalidad de Formación

Presencial, instruccional, con actividades recomendadas extra clases

Competencias a Desarrollar

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

Resultados de Aprendizaje

- Conceptualizar sobre las infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario que contribuyen en la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción para prevenir la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud

2. INTRODUCCIÓN

Saber acompañar en todas las relaciones es un arte. La experiencia del aprendizaje nos lleva al desarrollo de capacidades y competencias de conocimiento sobre las caídas para trabajar en función de la apropiación y generación de los mismos, promoviendo atenciones más seguras

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario que hacer. De esta forma contribuiremos a la prevención de las caídas, a la seguridad compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores

Estimado Alumno:

En los países desarrollados las infecciones nosocomiales son responsables de más de 20.000 muertes por año y de éstas un 14.5 % corresponden a pacientes quirúrgicos. Se han descrito internacionalmente una serie de factores de riesgo asociados al desarrollo de infecciones nosocomiales entre otros están: La severidad de la enfermedad de base, terapia antimicrobiana de amplio espectro, instrumental invasivo.

A nivel internacional se han realizado una serie de estudios sobre infecciones nosocomiales, así como de sus factores de riesgo asociados. Un estudio del Dr. E. Andino y colaboradores realizado en la unidad de terapia intensiva del hospital Juan P. Garrahan de Buenos Aires en el año 1995 reveló una incidencia de 3.8 a 9.7 neumonías asociadas a ventilador, 2.7 a 7.9 de bacteriemias nosocomiales de catéter venoso, y 3.4 a 10.7 infecciones del tracto urinario por cada mil días de duración de los mismos. Revelación que mantiene su actualidad y vigencia

Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para dar respuesta a los continuos cambios y demandas tanto sociales como sanitarias. El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y la administración del riesgo en los sistemas; y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren una mejora en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad. La base de esta actualización de conocimientos debe tener en cuenta la mejor evidencia científica posible y las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales dedicados al cuidado de la población.





Al finalizar el desarrollo de las actividades de aprendizaje propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio; esto le permitirá ser consciente de su avance en el aprendizaje.

Durante el desarrollo de la instrucción, participe permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma de la formación. Solicite la asesoría e instrucción del capacitador encargado, interactúe con sus compañeros de estudio y de ser posible participe y aporte en la Unidad Sectorial de Normalización del Ministerio de la Protección Social; esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para apropiarse de la política de Seguridad del paciente y el Modelo de Análisis causal del Protocolo de Londres.

Finalmente, participe en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

ES USTED QUIEN PUEDE HACER MÁS SEGURA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES.

3. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación le presentamos una serie de ejes temáticos y actividades mediante las cuales se contribuirá al desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema de las caídas de los pacientes y las implicaciones que estas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas entorno a la reducción de las caídas de los pacientes.

De su empeño y atención, dependen los resultados de la presente instrucción.

Ejes temáticos

Conceptualización:

- Reflexión sobre la información entregada y la sugerida
- Participación en la sesión de formación
- Observación y análisis de las diapositivas en la clase
- Revisar la bibliografía específica (paquete instruccional de Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente lo referente al protocolo)
- Determinar las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica
- Identifique cuáles son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática
- Participar activamente en la técnica de riesgo.

Análisis causal (protocolo de Londres) de las principales acciones inseguras en las infecciones asociadas con la atención en salud:

- Determinar las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica
- Identifique cuales son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática
- Participar activamente en la técnica de riesgo

Recomendaciones y actividades preventivas para prevenir infecciones asociadas con la atención en salud:

- Proponer barreras de defensa, que eviten la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud
- Mediante la revisión de prácticas exitosas, identifique variables comunes que puedan ser aplicables a las “buenas” prácticas de atención en salud
- Proponer modelos de monitorización para la gestión de la aparición de infecciones asociadas a la atención como evento adverso



Actividades de Aprendizaje

Sobre los ejes temáticos anteriores realice las siguientes actividades de aprendizaje:

- Participe activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del capacitador.
- Indague y profundice sobre el tema, revisando las referencias bibliográficas y de profundización específica del tema (ver Marco Teórico).
- Como resultado de esta indagación elabore un trabajo escrito en donde defina con sus propias palabras los términos anteriores, socialícelos con los compañeros de grupo utilizando la metodología de Plenaria bajo la coordinación de su instructor.
- Proponga el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para la óptima implementación de prácticas que prevengan las caídas de los pacientes.

4. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo capacitado en general verificar si ha alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete “Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención” a modo de autoevaluación, pregúntese si usted:

- Identifica la fundamentación teórica de infecciones asociadas a la atención como evento adverso, antecedentes y concepto.
- Es capaz de identificar cuáles son las acciones inseguras que predisponen la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Señala los Factores Contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras
- Propone barreras de entrada, basados en buenas prácticas para detectar, prevenir y reducir los riesgos de infecciones asociadas con la atención en salud
- Aplica correctamente, en el tema, el análisis causal del Protocolo de Londres.

5. EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

De Conocimiento

Resolverá correctamente, individual o en equipo, preguntas sobre:

- Conceptualización de infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso
- Acciones inseguras relacionadas con la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud
- Factores Contributivos asociados a las acciones inseguras
- Recomendaciones y actividades preventivas (barreras de seguridad y defensas) para la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud
- Indicadores y formas de monitorizar la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso.

De Desempeño

El capacitador conceptuará sobre su desempeño, a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos. Se trata del desarrollo de una técnica de riesgo.

Dentro de la institución se reducirá la aparición de infecciones asociadas a la atención en los pacientes hospitalizados y se mitigarán sus consecuencias en caso tal que sucedan.

6. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula Taller
- Centros de información y documentación
- Entorno laboral
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Los recursos necesarios para instruirse ya están a su disposición, del modo en que los utilice, dependerá el alcance de los propósitos de cada paquete instruccional



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

“DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD”




Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA
“BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN**




PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

- Los estudios de prevalencia de eventos adversos señalan a la infección intra-hospitalaria como el evento adverso más frecuente en el mundo y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.
- Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:
- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis



PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD




PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

PARQUES INSTRUCIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

- Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:
- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada con la atención en salud.

PARQUES INSTRUCIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas


PARQUES INSTRUCIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia





PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia




4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

PARA MÁS INFORMACIÓN
Visite: www.mps.gov.co

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia




4.2.1 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

- Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:
- 1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
- 2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
- 3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
- 4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
- 5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

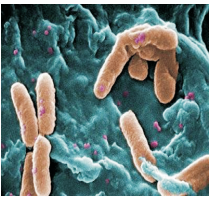
PARA MÁS INFORMACIÓN
Visite: www.mps.gov.co

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



INTRODUCCIÓN

La vigilancia y control epidemiológico nacen de la necesidad de evitar el contagio de enfermedades infecciosas en la comunidad. En sus inicios se implementaron acciones como aislamiento y cuarentena de enfermos, al transcurrir los años, gracias al aporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se crearon sistemas de vigilancia epidemiológica con implementación gubernamental en cada país.



PARA MÁS INFORMACIÓN
Visite: www.mps.gov.co




PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCIÓN

Las infecciones asociadas con la atención en salud han existido desde que se organizan los hospitales, pero no fue hasta el siglo XIX que se comienza a prestar atención a la magnitud del problema. Con los avances tecnológicos y al aumento de procedimientos a los que se somete el paciente, el riesgo de contraer estas infecciones, enfermedades que se originan como consecuencia del progreso médico, se ha incrementado sustancialmente.


PROYECTOS INSTRUMENTACIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados a la atención en los pacientes en las instituciones de salud.



PROYECTOS INSTRUMENTACIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención de pacientes.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.

PROYECTOS INSTRUMENTACIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia






PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir la aparición de eventos adversos durante la atención del paciente cardiovascular.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la disminución de riesgos en la atención del paciente cardiovascular.

PROYECTOS INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición del riesgo infecciones asociadas a la atención del paciente.

PROYECTOS INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN COMO EVENTO ADVERSO.

Las infecciones asociadas con la atención en salud son generalmente producidas por la flora saprófita del huésped, aunque cualquier microorganismo patógeno en potencia puede causar este tipo de infecciones. Casi todos los estudios indican que los estafilococos y los bacilos gram negativos son los responsables de gran número de las infecciones intrahospitalarias.

Los virus también constituyen agentes causales de infecciones asociadas con la atención en salud

PROYECTOS INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social





PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ACCIONES INSEGURAS

- No lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente
- La inadecuada asepsia y antisepsia para herida quirúrgica,
- No adecuada colocación de catéteres
- Contaminación del ventilador por mala manipulación
- La no inserción aséptica de sondas urinarias estéril
- No uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado con estos fluidos.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ACCIONES INSEGURAS

- En herida quirúrgica además una técnica quirúrgica no adecuada y la no profilaxis antimicrobiana adecuada
- No utilización de mascarillas, gafas y tapabocas
- No utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico.
- No lavados de cada habitación y sitios adecuados para el control de excretas y recipientes para descartar el material corto punzante

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ACCIONES INSEGURAS

- No utilización de materiales desechables estériles.
- En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculoesqueléticas del tórax del no recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.
- No cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas en los pacientes
- No drenaje periódico de cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social




PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

- Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
- Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
- Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o muebel del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente
- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos



PLANETAS INSTRUCCIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

- Las investigaciones publicadas sugieren que las estrategias multimodales y multidisciplinarias que se concentran en un cambio del sistema ofrecen la mayor probabilidad de éxito en términos de mejora de la higiene de las manos y reducción de infecciones
- Utilización de catéteres de un solo lumen, salvo en los casos que se necesite múltiples accesos para administrar varias soluciones esenciales para el manejo del paciente.
- Evaluar el riesgo beneficio de colocar un catéter en el sitio recomendado para reducir las infecciones contra el riesgo de complicaciones mecánicas.

PLANETAS INSTRUCCIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

- Utilizar técnicas estériles, guantes, batas, mascarillas y un campo grande para la inserción de catéteres venosos centrales y hacer uso de estas precauciones aún cuando el catéter se coloca en sala de cirugía.
- No se deben reemplazar en forma rutinaria los catéteres venosos centrales como método para prevenir las infecciones asociadas.
- Si se sospecha infección asociada aún cuando no haya evidencia de infección local se deberá retirar el catéter y colocar otro enviando, el que se retira a cultivo.

PLANETAS INSTRUCCIONALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

- Uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado de estos fluidos
- Utilización de mascarillas, gafas y tapa bocas para evitar la transmisión aérea.
- Utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico
- Manipular con precaución el equipo para el cuidado de los pacientes de manera que se evite la contaminación de la ropa, piel y mucosas

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

- Cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas para disminuir la colonización bacteriana. Debe drenarse periódicamente cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica, teniendo cuidado que no refluya al paciente.
- En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculoesqueléticas del tórax deben recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.
- La inserción aséptica del catéter estéril y el mantenimiento del sistema de drenaje estéril y cerrado.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

En general existen dos principios básicos para la prevención de infecciones urinarias asociadas a sonda urinaria: Mantener el catéter cerrado y retirarlo lo más pronto posible. Algunos autores han descrito que no es necesario dejar un catéter urinario por más de tres días si no existe una indicación precisa tal como:

- Postquirúrgico: De 1 - 7 días
- Cuantificación del gasto urinario: De 7 - 30 días
- Retención urinaria: de 1 - 30 días

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

- Incontinencia urinaria: Más de 30 días
- Técnica quirúrgica adecuada y la profilaxis antimicrobiana adecuada se consideran medidas estándar de prevención.
- Los pacientes con infecciones diagnosticadas no deben ser sometidos a cirugía electiva hasta que no sea tratado y resuelta la infección.
- Profilaxis antimicrobiana en pacientes sometidos a cualquier procedimiento de cirugía contaminada y en las limpias en las que se implante un cuerpo extraño. Se debe enfatizar que los antibióticos profilácticos no pueden sustituir la excelencia en la técnica quirúrgica, la selección del paciente, el procedimiento y el manejo postoperatorio.

PARÁMETROS INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

- El cubrir las heridas con gasa o apósitos estériles se considera la conclusión de la asepsia quirúrgica. Las heridas se pueden dejar sin cubrir después de 24 horas de postoperatorio en las que ya epitelizó la herida.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo.
- Involucrar a los pacientes en la prevención de la infección asociadas con la atención en salud
- Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, en especial pero no exclusivamente para Tétanos, Difteria, Sarampión, Rubeola, Paperas, Hepatitis B, Influenza Estacional, Fiebre Amarilla y otras de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica

PARÁMETROS INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoría de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud pueden ser:

- **Infecciones debidas a la atención clínica: Tasa por mil.**
- **Proporción de bacteremia en pacientes con catéter central.**

PARÁMETROS INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



ANEXOS



**DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES
ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD**



1. FICHA DE DATOS DE GRUPOS DE ESTUDIO PARA DETERMINAR FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES (SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL INFANTIL “MANUEL DE JESÚS RIVERA” DURANTE EL PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2002.)

1. NOMBRE:
2. EXPEDIENTE:
3. FECHA DE INGRESO: 4. FECHA DE EGRESO:
5. EDAD:
6. SEXO:
7. PROCEDENCIA:
8. ESTADO NUTRICIONAL: 9. PESO:
10. DIAS DE ESTANCIA:
11. DIAGNOSTICO DE INGRESO:
12. PACIENTE POSTQUIRURGICO: SI NO
13. CATETER VENOSO CENTRAL: SI NO DURACION _____
14. TIPO DE CIRUGÍA:
15. DURACIÓN DE LA CIRUGÍA:
16. TIPO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL:
17. SITIO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL:
18. PROFILAXIS ANTIMICROBIANA: SI NO
19. TERAPIA ANTIMICROBIANA: SI NO
- PRIMERA LINEA:
- SEGUNDA LINEA:
- < 6 DIAS: 6 – 10 DIAS: 11- 14 DIAS: > 14 DIAS:
20. USO DE BLOQUEADORES H2: SI NO DURACION: _____





2. RESERVORIO Y FUENTE DE AGENTES INFECCIOSOS

Acinetobacter sp Se encuentra en el suelo y en el agua y es saprófito humano (piel, 25%; vagina, 5-15%). Capaz de sobrevivir en lugares húmedos, jabones, desinfectantes y equipos de respiración mecánica.

Enterobacter sp Saprófito habitual del intestino humano, puede asentar en tracto urinario, respiratorio o la herida quirúrgica con consecuencia de infecciones en esa localización.

Pseudomonas sp Bacilos gram-negativos ampliamente distribuidas en agua y suelos, capaces de sobrevivir en recodos húmedos de los equipos de asistencia (nebulizadores, sondas de aspiración traqueal, circuitos de respiradores, conductos de difícil acceso para el lavado y secado en los endoscopios que quedan húmedos).

Serratia Bacilos gram-negativos de distribución similar a las Pseudomonas. Se han encontrado en gran variedad de plantas, pero probablemente provengan de los suelos.

Clostridium difficile Saprófito habitual del intestino del hombre, es el agente de la colitis pseudomembranosa y responsable de brotes de diarreas asociada al uso de antibióticos y particularmente la clindamicina, en virtud del desequilibrio de la flora intestinal y predominio de este germen resistente a la clindamicina. Se ha aislado en el 7% de los pacientes a su ingreso y en el 28% de los pacientes ingresados (N Eng J Med, 1999; 341: 1690-1691).

Klebsiella sp Bacilos gram-negativos, ampliamente distribuidos en suelo, agua y semillas y son comensales habituales del intestino humano y faringe, y de animales.

Candida sp Hongos levaduriformes que constituyen un componente transitorio de la flora comensal de lugares húmedos de temperatura adecuada (piel, boca, vagina, heces de la especie humana). El 30-50% de la población sana son portadores. La Candida parapsilosa es la especie más comúnmente aislada de las manos del personal sanitario.

Aspergillus sp Hongo filamentoso que vive y se reproduce formando esporas en el medio ambiente, en los suelos y materiales en descomposición (estiércol de los tuestos y los cultivos de plantas. La remoción de estos materiales y en particular de los escombros en obras hace que las esporas pasen al aire donde por su pequeño tamaño pueden permanecer a favor de corrientes.

Legionella sp Bacilos gram-negativos que viven y se reproducen en el biofilm que recubre el interior de los tanques, depósitos y remansos de agua, incluido el agua de beber. Puede mantenerse en lugares húmedos, en los aerosoles que se producen por salpicaduras o remolinos del chorro de salida de grifos y duchas.

Rizopus Hongo filamentoso, ubicuo que se reproduce con formas vegetativas en medios húmedos con abundante materia orgánica (mohos) y temperatura adecuada. Forma esporas que se diseminan por las corrientes de aire, y su concentración se han visto aumentar en las proximidades de las obras de remodelación y producción de escombros en los hospitales.

EAMR Coco Gram-positivo que produce las lesiones piógenas habituales de (Estafilococcus aureus piel (atribuible a su capacidad coagulasa-





2. RESERVORIO Y FUENTE DE AGENTES INFECCIOSOS

positiva) y es capaz de Meticilin Resistente) sobrevivir en pliegues de piel (axilas, ingles) y vestíbulo nasal (20-60 % de portadores humanos en esa localización). La variedad MR es resistente a los antibióticos del grupo meticilina, con lo que son difíciles de tratar.

Estafilococcus Cocos Gram-positivos, saprófito habitual de la piel del hombre, sin epidermidis capacidad coagulasa-positiva.

Enterococo Cocos gram-positivos que incluyen varias especies de estreptococos grupo D. Son comensales habituales del intestino del hombre.

Listeria Bacilo gram-positivo saprófito del intestino del ganado vacuno y lanar; 20% (6-70%) de portadores humanos sanos en intestino, vagina y faringe. Capaz de sobrevivir en superficies secas o húmedas 20-30 días, y en los alimentos del ganado (forraje almacenado) y humano (lechuga, apio crudos y carnes de animales y derivados).

M. Tuberculosis Complejo bacilo ácido-alcohol resistente causante de la tuberculosis en el hombre. El reservorio son las lesiones humanas y para el *Mycobacterium bovis* ciertas especies de mamíferos. Los bacilos que escapan de la fuente con el esputo pueden permanecer viables varias semanas en el medio y transmitirse por el aire.

Sarna Ectoparasitosis caracterizada por la invasión de la capa córnea de la piel por el ácaro *Sarcoptes Scabies* var. *hominis*.



3. PRECAUCIONES UNIVERSALES DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

Se **APLICAN** a:

- **SANGRE Y TEJIDOS**
- **LIQUIDOS ORGANICOS:** semen, secreciones vaginales, L.C.R., I. Sinovial, I. Pleural, I. Peritoneal, I. Pericárdico, I. Amniótico.
- **CUALQUIER FLUIDO CONTAMINADO CON SANGRE**

NO se **APLICAN** a:

- Saliva, heces, secreciones nasales, esputo, sudor, lágrima, orina, vómitos, a menos que contengan **SANGRE** visible.

	PRECAUCIONES DE BARRERA
GUANTES	No estériles, desechables, siempre que se tenga contacto con sangre y líquidos orgánicos de riesgo.
LAVADO DE MANOS	En los contactos entre pacientes, e inmediatamente si se contaminan con sangre o líquidos orgánicos, así como al quitarse los guantes.
BATA Y DELANTALES	Durante los procedimientos que puedan producir salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.
MASCARILLA Y PROTECTORES OCULARES	Sólo durante los procedimientos que puedan producir salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos, para proteger las mucosas de la boca y nariz.



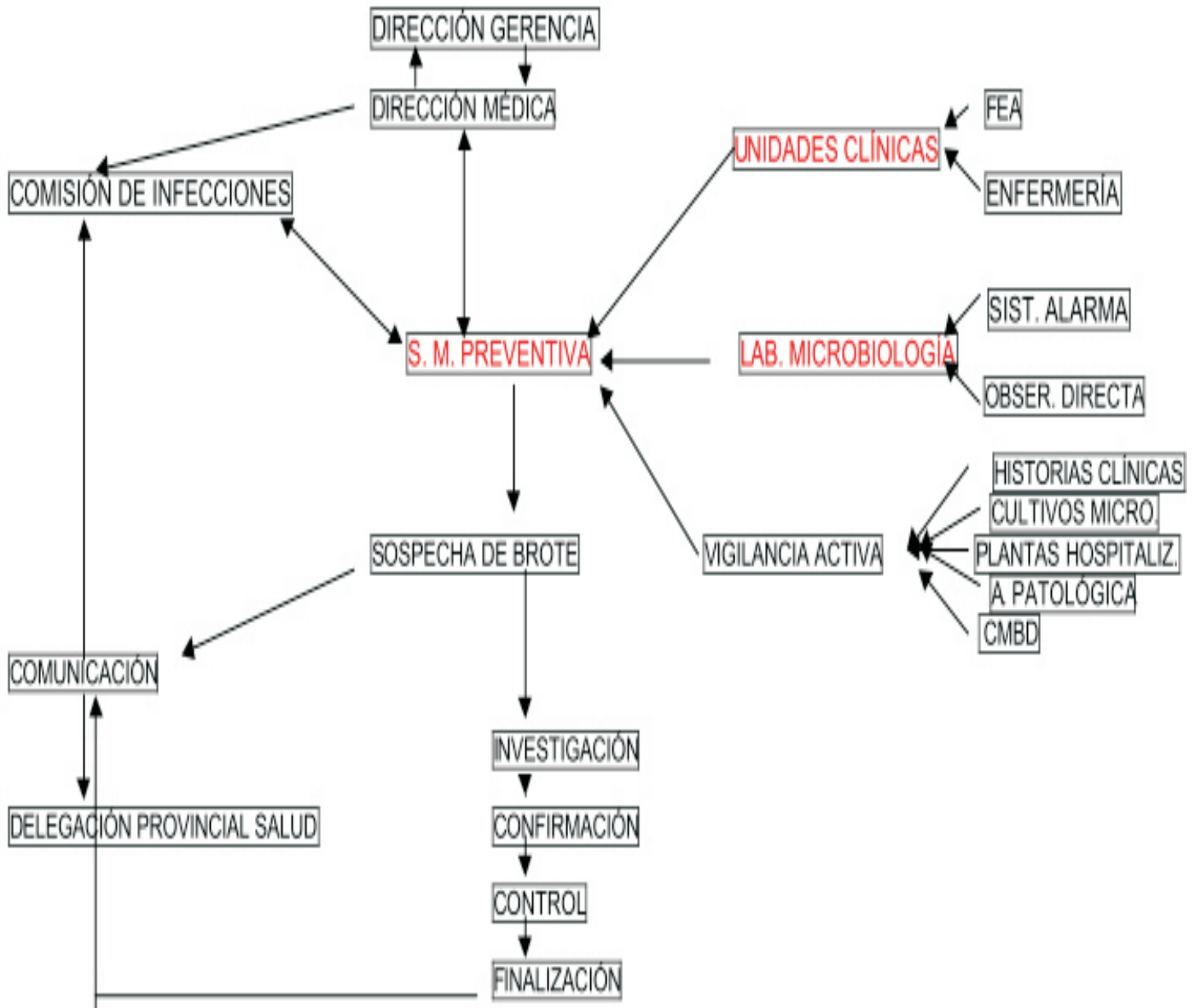
3. PRECAUCIONES UNIVERSALES DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

OTRAS PRECAUCIONES:

<p>PRECAUCIONES PARA EVITAR HERIDAS ACCIDENTALES</p>	<p>Todo el personal sanitario debe tomar precauciones para evitar heridas causadas por agujas, bisturís y otros instrumentos cortantes o punzantes durante intervenciones, en su limpieza, al desecharlos y en su manejo en general.</p> <p>Especialmente las agujas no deben reencapucharse, doblarse, separarse de las jeringas, ni en general manejarse con las manos.</p> <p>Después de usarse, todos los objetos cortantes y punzantes desechables, se depositarán en recipientes rígidos, impermeables e imperforables, y éstos estarán en la zona más próxima al lugar de trabajo.</p>
<p>PERSONAL CON LESIONES CUTÁNEAS</p>	<p>El personal sanitario con lesiones cutáneas exudativas o dermatitis, deben quedar exentos del cuidado directo de los pacientes, así como del manejo de equipos que estén en contacto directo con los mismos.</p>
<p>TRABAJADORAS EMBARAZADAS</p>	<p>Las trabajadoras embarazadas no están expuestas a un riesgo especial. Sin embargo, si se infectan durante el embarazo, la infección puede afectar al feto, por lo que deben observar rigurosamente todas las precauciones.</p>



4. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS EN LA ALERTA DE BROTE DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL



5. TÉCNICA DIDÁCTICA TÉCNICA DE RIESGO “BROTE EPIDÉMICO”

SITUACIÓN PROBLEMA:

Se confirma en una institución de tercer nivel de complejidad, la presencia de un brote epidémico, en el servicio de hospitalización obstétrica.

Para determinar el estado de alerta, se vale del índice epidémico

$$\text{Índice epidémico} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos observados}}{\text{N}^\circ \text{ de casos esperados}}$$

En este caso, la relación es mayor a uno.

Pero antes de darse la alarma, es necesario descartar ciertos procesos que bien pueden disparar el índice aún cuando no exista un brote epidémico

- » Mejoras en el sistema de notificación.
- » Detección de un aumento de casos por la aparición de nuevas técnicas diagnósticas.
- » Errores en la estimación de casos esperados, etc.

Descripción del brote:

Una vez confirmado que se trata de un brote real, se estudia las variables de tiempo/lugar/personas

Tiempo: Ya hace una semana que apareció el primer paciente con la infección, después de este primer caso, se presentaron otros 2 días después pero al principio no se relacionaron, con la presencia de otros 3 casos, es evidente que se trata de un brote epidémico, por lo tanto 7 días después del primer contagio, se declara la existencia del brote epidémico.

Lugar: El único lugar común que han tenido todos los pacientes que presentaron el evento adverso es la sala de cirugía de servicios obstétricos, por lo que se relaciona el agente patógeno a este lugar.

Para evaluar cual es la tasa de ataque (severidad) de la infección se vale de la siguiente fórmula

$$\text{Tasa de ataque} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que enferman}}{\text{N}^\circ \text{ de personas expuestas al riesgo}}$$

Aun sin saber cuál es el agente patógeno se sabe que durante la semana se atendieron 30 partos en la sala, de los cuales 6 presentaron la infección

Características personales:

Lo más preocupante de este caso, es que los pacientes que han presentado la infección son neonatos, y de no llegar a una solución pronta es muy seguro que fallezcan, el primer caso ya está internado en la

5. TÉCNICA DIDÁCTICA TÉCNICA DE RIESGO “BROTE EPIDÉMICO”

unidad de cuidado intensivo pediátrica pues se diagnosticó 3 días después de la inoculación (el alumbramiento); los otros casos llevan mucho menos tiempo, pero la vulnerabilidad de los individuos preocupa a la institución.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS DE RIESGOS:

En debate interno grupal, defina cuales son los posibles riesgos existentes en cada una de las siguientes preguntas:

- ¿Qué factores contributivos de la institución pueden estar permitiendo la aparición del brote epidémico, y que tan oportuna fue la alarma de brote (7 días después del primer caso)?
- ¿Cuáles pueden ser los posibles agentes patógenos que están generando el brote epidémico?
- ¿Qué métodos y herramientas pueden ayudarme a identificar eficazmente el agente patógeno?
- ¿Qué estrategias deberá implementarse para controlar el brote epidémico?

CONCLUSIONES Y MEDIDAS DE CONTROL:

Partiendo de las hipótesis planteadas, concluya sobre los siguientes aspectos:

- Determine cuales deberían de ser los planes de acción (para cada agente patógeno).
- Establezca las recomendaciones para el tratamiento clínico de los pacientes que ya presentaron el brote (en cada agente patógeno).
- Construya barreras y defensas para evitar una nueva aparición de este brote (por cada agente patógeno)
- Determine cuando debería acabar la alerta de brote epidémico (en cada agente patógeno)

VERSIÓN:

1.0

FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:

Diciembre 31 de 2009



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia