

# Plan de Contingencia para Prevenir y Controlar la Diseminación de Microorganismos multi -resistentes

Instituto de Medicina Tropical

Setiembre 2016  
Asunción - Paraguay

**Este documento fue elaborado por: Prof. Dra. Celia Martínez de Cuellar, Lic. Ana Sosa y Lic. Estela Benítez**

**Revisado por:**

- Dr. Oscar Merlo
- Dra. Nidia Mendoza
- Prof. Dr. Antonio Arbo
- Lic. Julia Guirland
- Dr. Juan Figueredo
- Lic. Melania Garcia
- Dra. Soraya Araya
- Dr. Miguel Cardozo
- Dra. Claudia Zarate
- Dr. Silvio Apodaca
- Dra. Dolores Lovera
- Dra. Aurelia Taboada
- Dr. Gustavo Benitez
- Dra. Estela Samaniego
- Dr. Carlos Aguiar
- Dr. Oscar Sanchez
- Dr. Juan Irala
- Kathia Peralta
- Lic. Christian Maldonado
- Lic. Olga Fernandez
- Lic. Dominga Ruiz
- Lic. Sandra Statunato
- Lic. Dalila Pereira
- Lic. Nancy Ríos
- Lic. Liz Escribano

**Aprobado por la Dirección del Instituto de Medicina Tropical el 21 de setiembre de 2016**

# Plan de Contingencia para disminuir la colonización por EVR y KPC

## I. INTRODUCCION

Se considera un germen multirresistente (GMR) aquel que es resistente a dos o más grupos antimicrobianos, habitualmente utilizados en el tratamiento de las infecciones y que esta resistencia tenga relevancia clínica. La resistencia a dicho tratamiento aparece como consecuencia de mecanismos bioquímicos codificados en el cromosoma o por diversos elementos móviles que favorecen la aparición de brotes y añaden mayor gravedad al problema; se reduce la proliferación de microorganismos en la flora humana normal sensibles al medicamento administrado, pero las cepas resistentes persisten y pueden llegar a ser endémicas en el hospital.

El uso generalizado de antimicrobianos para tratamiento o profilaxis (incluso de aplicación tópica) es el principal factor determinante de resistencia. Con la mayor intensificación del uso de un agente antimicrobiano, a la larga surgirán bacterias resistentes a ese producto, que pueden propagarse en el establecimiento de atención de salud.

Este Plan establece las acciones a implementar en la prevención y disminución de los microorganismos multi-resistentes, incluyendo la vigilancia y recomendaciones de aislamiento para los siguientes gérmes causantes de infecciones/colonizaciones:

- *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR).
- *Enterococcus* sp resistente a vancomicina (ERV).
- *Acinetobacter baumannii* multirresistente, sólo sensible a colistina y/u otra familia de antibióticos.
- *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, sólo sensible a colistina y/u otra familia de antibióticos.
- *Klebsiella pneumoniae*
- *Stenotrophomona*

## **II. OBJETIVOS**

1. Establecer lineamientos orientados a la prevención de los microorganismos multi-resistentes en el IMT.
2. Socializar el Plan entre el personal de salud del IMT
3. Capacitar al personal de salud para la implementación del plan.
4. Definir un cronograma de actividades para la implementación del Plan.

## **III. METAS**

### **A corto plazo:**

- A diciembre de 2016 disminuir en 10% la colonización por EVR y KPC en los hospitalizados en el IMT
- A diciembre de 2016 disminuir en 10% las IAAS

### **A mediano plazo:**

- A diciembre de 2017 disminuir en 25% la colonización por EVR y KPC, en relación a la línea de base (agosto 2016)
- A diciembre de 2017 disminuir en 25% las IAAS, , en relación a la línea de base (agosto 2016)

### **A largo plazo:**

- A diciembre de 2020 disminuir en 50% la colonización por EVR y KPC, en relación a la línea de base (agosto 2016)
- A diciembre de 2020 disminuir en 50% las IAAS, , en relación a la línea de base (agosto 2016)

## **IV. INDICADORES DE VIGILANCIA**

- Porcentaje de cultivos positivos entre los cultivos realizados (hisopado rectal)
- Porcentaje de pacientes positivos entre los pacientes hospitalizados (hisopado rectal)
- Tasa de bacteriemia asociadas a CVC
- Tasa de infección urinaria asociada a CUP
- Tasa de neumonía asociada a ARM

## V. PLAN ADMINISTRATIVO

- a) **Conformación del Comité de Control de Infecciones del IMT:** el Comité de Control de Infecciones del IMT fue conformado en el año 2008, para los efectos de implementación del Plan se procede a establecer responsabilidades del personal de salud del IMT:

N°	Nombre	Responsabilidad
1	Dr. Oscar Merlo – Dra. Nidia Mendoza	Coordinador general
2	Prof. Dra. Celia Martínez de Cuellar	Coordinadora de la implementación del Plan
3	Lic. Melania García	Socialización del plan y cumplimiento de las normas de prevención de las IAAS por parte del personal de enfermería
4	Lic. Ana Sosa	Vigilancia Epidemiológica activa
4	Dra. Soraya Araya y Dr. Miguel Cardozo	Socialización del plan y de la implementación del Plan en el Servicio de Urgencias
5	Dra. Claudia Zarate	Socialización del plan y de la implementación del Plan en el Servicio el Servicio de Pediatría
6	Dra. Aurelia Taboada	Socialización del plan y de la implementación del Plan en el Servicio de Infectología Clínica
7	Dr. Carlos Aguiar – Dr. Oscar Sanchez	Socialización del plan y de la implementación del Plan en la UCI
8	Dr. Juan Irala	Información de perfil de resistencia del IMT
9	Dra. Kathia Peralta y Lic. Cristian Maldonado	Estadísticas

**b) Cronograma de Actividades**

N°	Actividad	Frecuencia	Responsable
1	Vigilancia epidemiológica	diaria	Lic. Sosa
2	Informes de Vigilancia de IAAS	mensual	Lic. Sosa
3	Informes de perfil de resistencia del IMT	trimestral	Dr. Irala – Dra. Martínez
4	Capacitación del personal de salud	8 de octubre	Dra. Martínez – Lic. Sosa
5	Capacitación continua	mensual	Lic. Aranda – Lic. Garcia
6	Reuniones	mensuales	Dra. Martínez – Lic. Sosa
7	Supervisión de la implementación de las normas de control de infecciones	diario	Dra. Araya Dr. Cardozo Dra. Samaniego Dra. Zarate Dr. Aguiar Dr. Portillo Lic. Olga Lic. Melania Lic. Dominga Lic. Statunatu Lic. Aquino Lic. Pereira
8	Monitoreo del cumplimiento de las normas de control de infecciones	mensual	Lic. Sosa – Lic. Dalila
9	Disponibilidad de recursos para la implementación de las normas de CIH	mensual	Dr. Merlo - Lic. Guirlad

**c) Desarrollo de Actividades:**

5.1 **Vigilancia epidemiológica:** activa selectiva de infecciones asociadas a procedimientos invasivos en UCI

5.2 **Informes de Vigilancia de IAAS:** elaboración de informes incluyendo tasas de infecciones, aislamientos y sensibilidad de los microorganismos.

5.3 **Vigilancia de la portación de EVR y KPC:** conforme al ANEXO 1

5.4 **Informes del perfil de resistencia:** se elaboraran informes trimestrales del perfil de resistencia de los microorganismos aislados en el IMT.

- 5.5 **Capacitación:** el 8 de octubre se realizará una capacitación dirigida al personal de salud médico y de enfermería de carácter obligatorio. Además se realizará capacitación continua in situ dirigida al personal de salud.
- 5.6 **Reuniones:** el comité se reunirá mensualmente para analizar indicadores y el informe mensual de Vigilancia Epidemiológica.
- 5.7 **Supervisión de la implementación de las normas de control de infecciones:** cada jefe de sala será responsable de garantizar el cumplimiento de las normas de control de infecciones, asimismo la jefa de enfermería y las coordinadoras velarán por el cumplimiento de las mismas por parte del personal de enfermería.
- 5.8 **Monitoreo del cumplimiento de las normas de control de infecciones:** se elaborará un instrumento de recolección de información para verificar el cumplimiento de las normas, el cual será verificado mensualmente.
- 5.9 **Disponibilidad de recursos para la implementación de las normas de CIH:** la dirección y la administración son responsables de garantizar la disponibilidad de recursos para la implementación de las normas de control de IAAS.

## ANEXO 1

### NORMAS DIRIGIDAS AL AREA DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN A PACIENTES

#### A. TOMA DE MUESTRAS

**1.- Ingreso al hospital:** Todo paciente con **factores de riesgo** que ingresa al hospital, deberá ser estudiado con un hisopado rectal para conocer su estado de portación de EVR y KPC. Este estudio deberá practicarse dentro de las primeras 24 hs del ingreso. **Son considerados factores de riesgo:**

- Antecedentes de hospitalización previa en el IMT u otro hospital en los 6 meses previos al ingreso
- Pacientes con patologías de base (patologías cardiovasculares, renales u oncológicas).
- Paciente trasladado de otro servicio hospitalario, de 3 o más días de independientemente del tiempo de internación en dicho servicio.

#### **2.- Pacientes Hospitalizados:**

**En UCI y UCE:** al ingreso y luego cada 7 días hasta el alta.

**Area de Internados:** aquellos que permanecen hospitalizados más de 15 días, se realizará el hisopado rectal y luego cada 15 días.

**3.- Paciente con EVR y KPC:** En todo paciente portador o infectado al ingreso o durante su estadía se realizará hisopado rectal semanalmente y al alta del servicio de UCI. Se considerará libre de colonización al paciente que posee 3 hisopados negativos con intervalo de 3 días.

**5.- Todo paciente que sale de alta de la UCI EVR – KPC negativos:** deberá estar hospitalizado en sala aislada y se le realizará un hisopado rectal al ingreso a la sala, si este fuera negativo podrá hospitalizarse en sala común.

#### B. AISLAMIENTO

1. **Ingreso a UCI:** Todo paciente con factores de riesgo que ingresa a la unidad, deberá ser aislado, con todas las medidas de precauciones de contacto hasta que se descarte la portación.
2. **Alta de UCI:** Se dejará constancia en el resumen de egreso el resultado pendiente del hisopado rectal. Aquellos pacientes colonizados con EVR o KPC, deberán tener un identificador de esta condición.
3. **Aislamiento de pacientes colonizados:** en aquellos pacientes que resultaren positivos se implementará el aislamiento de contacto, con todas las medidas de precauciones de contacto hasta el alta o en aquellos de larga permanencia se mantendrá aislado hasta que esté libre de colonización (3 hisopados negativos con intervalo de 3 días).

4. **Paciente infectado de EVR o KPC:** se implementará el aislamiento, con todas las medidas de precauciones de contacto hasta el alta o en aquellos de larga permanencia se mantendrá aislado hasta que se considere libre de colonización (3 hisopados negativos con intervalo de 3 días).

### **C. MEDIDAS DE AISLAMIENTO:**

1. Habitación individual o en su defecto Cohorte, con pacientes que ya tengan EVR o KPC.
2. Higiene de manos (alcohol gel o desinfectantes) respetando los 5 momentos del lavado de manos.
3. Uso de guantes para el contacto con el **paciente o su entorno**, los cuales deberán descartarse dentro de la habitación o al pie de la cama, antes de salir y proceder nuevamente a la higiene de manos.
4. Todos los elementos de atención del paciente (tensiómetro, termómetro, estetoscopio, tela adhesiva, etc.) deben ser de uso exclusivo para el paciente.
5. El personal de salud que atiende a un paciente colonizado o infectado por ERV o KPC no debe atender en forma simultánea otros pacientes no colonizados por este microorganismo.
6. Si el paciente colonizado o infectado por ERV o KPC se encuentra en sala, y no hay posibilidad de ser atendido en forma exclusiva por un solo personal debe ser atendido al final de la atención de todos los pacientes.
7. La desinfección de la unidad del paciente debe ser realizada dos veces por día. Luego de lavar con agua y detergente, debe realizarse desinfección con hipoclorito de sodio 0,1% o con alcohol 70% (mesadas y superficies de metales).
8. Minimizar la movilización del paciente colonizado o infectado por ERV o KPC de la habitación y de sala de internación. Si fuera absolutamente necesario, NO ROMPER las medidas de aislamiento estrictas.
9. Si necesita trasladarse el paciente colonizado o infectado por ERV o KPC a otro servicio dentro del hospital para la realización de estudios u procedimiento que no se puedan realizar en su unidad, debe programarse y coordinarse la realización de los mismos para el último turno. Avisar a los Servicios donde será enviado el paciente para tratamientos especiales, para que continúen con las medidas de precaución (sala de imágenes, quirófano, ambulancia).
10. Si necesita trasladarse el paciente colonizado o infectado por ERV o KPC a otro servicio fuera del hospital para la realización de estudios u procedimiento que no se puedan realizar en el hospital, debe avisar al otro servicio su condición de paciente colonizado o infectado por ERV o KPC para programarse y coordinarse la realización de los mismos para el último turno.
11. Uso adecuado de antibióticos: no tratar los microorganismos contaminantes, restringir al máximo el uso de vancomicina y antibióticos de amplio espectro.
12. Rotular la Historia Clínica con "ERV" o "KPC".
13. Comunicación: Todo el personal del hospital deben estar informados sobre la situación de paciente colonizado o infectado por ERV o KPC
14. Restringir las visitas.