

Módulo I

**CURSO: PREVENCIÓN Y CONTROL
DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN DE SALUD.**

ANTECEDENTES GENERALES DE IAAS

EU Carolina Ramírez M.



Índice

Índice	2
1.- HISTORIA DEL PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS.....	3
1.1. Norma Técnica 124 y 125:	5
1.2. Evaluación en IAAS y acreditación Hospitalaria:.....	6
2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:	7
2.1. Brotos epidémicos:	8
BIBLIOGRAFÍA	10

1.- HISTORIA DEL PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), previamente conocidas como Infecciones Intrahospitalarias (IIH), son procesos infecciosos adquiridos durante la concurrencia y permanencia en cualquier centro de salud. El cambio en la definición de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) a Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) se debe a los mecanismos de producción y que la prevención y control de estas infecciones no solo se limita a los pacientes hospitalizados, sino que también incluye a aquellos pacientes sometidos a determinados procedimientos en la atención abierta (ambulatoria).

Nota: Las Infecciones Asociadas a la atención de salud han tenido diferentes denominaciones a lo largo del tiempo, entre ellas infecciones intrahospitalarias, infecciones nosocomiales, infecciones adquiridas en el hospital, infecciones cruzadas. Actualmente se prefiere la denominación Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) ya que este término reconoce su epidemiología, especialmente aspectos de la atención relacionados con su mecanismo de producción y que se presentan en los diferentes niveles y tipos de atención (hospitales, atención ambulatoria, centros de larga estadía, entre otros).

Las IAAS tienen consecuencias en la morbilidad, mortalidad y en los costos de la atención, tanto para los pacientes como para las instituciones de salud y el país. En Chile, según el Informe de Vigilancia del año 2018 elaborado por el Ministerio de Salud, se notifican aproximadamente 6.700 infecciones vigiladas de mayor relevancia al año y se calcula que cada una prolonga la estadía hospitalaria en promedio 10 días (Brenner F., Pola et al, 2003).

El aumento de los costos en salud asociados a las IAAS se relaciona con que (Friedman, Candace. 2011):

- Retrasan el alta de los pacientes, generando mayores costos en términos de atención (hotelería) y gastos en que incurre el paciente (ausentismo laboral, gastos familiares asociados a visitas, transporte, etc.).
- Aumentan los costos de los tratamientos en cuanto a medicamentos, exámenes de laboratorio y procedimientos (por ejemplo, un paciente puede requerir más días de tratamiento antibiótico, exámenes adicionales o repetir una cirugía). Por otro lado, si un paciente es dado de alta con una infección, estos costos recaerán en los servicios de atención primaria.
- Pueden ser objeto de procesos judiciales que perjudiquen al equipo médico y/o a la institución de salud.

Tener conocimiento de los costos que generan las IAAS es fundamental para reconocer el costo-beneficio que tienen los programas de prevención y control de IAAS y su impacto en términos económicos para las instituciones de salud y el país.

Chile es uno de los pocos países en el mundo que cuenta con un Programa Nacional de Prevención y Control de IAAS. En nuestro país, la prevención y control de infecciones se integraron como actividad regular a partir de 1981, con el nombramiento de una Comisión Nacional cuyo objetivo fue hacer un diagnóstico nacional, definir objetivos y proponer estrategias para alcanzarlos.

Y desde el año 1982, existe un programa nacional dirigido desde el Ministerio de Salud que tiene por objetivo disminuir el impacto de las infecciones, especialmente aquellas asociadas a procedimientos invasivos y las que tienen potencial de producir epidemias. Este programa comenzó a organizarse mediante el nombramiento de comités de IIH en todos los hospitales de mayor complejidad del país y, progresivamente, en todos los establecimientos del país.

Desde entonces, este programa se ha mantenido implementando una serie de estrategias que apuntan a implementar y fortalecer el rol de profesionales de control de IAAS en los hospitales, asignándoles tiempo y funciones específicas para ejecutar actividades de manera programada bajo la forma de programas locales de prevención y control de IAAS, reemplazando así la figura utilizada durante los primeros años, que se caracterizaba por la conformación de comités de carácter consultor, con escaso poder ejecutivo local. Este programa es obligatorio para todos los hospitales y clínicas, ya sean públicos o privados.

Actualmente, las IAAS se consideran uno de los mejores indicadores de calidad de la atención en los establecimientos de salud, debido a la frecuencia con que se presentan, la gravedad que conllevan, el aumento de los costos que generan y porque reflejan los resultados de las acciones del equipo de salud. Se calcula que un tercio de las IAAS pueden prevenirse con la implementación adecuada de un programa local de control de infecciones.

Como se mencionó anteriormente, en Chile se inició el Programa Nacional de IAAS en el año 1982. Antes de esa fecha, se planteaba que las infecciones de salud estaban relacionadas con factores ambientales, la arquitectura hospitalaria y con microorganismos portados por el personal. Bajo este supuesto, las actividades de prevención y control eran esporádicas y estaban orientadas básicamente al control de epidemias.

En el periodo 1981 – 1985 la recolección de los datos necesarios para identificar casos, se basaba en un sistema pasivo, es decir, la notificación era realizada por el personal clínico de manera espontánea. Con este método se lograba detectar a penas el 20% de las infecciones producidas en el hospital. Durante este periodo, con la conformación de la Comisión Nacional de IIH, se normó la necesidad de contar con una “enfermera de infecciones intrahospitalarias” en cada hospital y se inició la capacitación del equipo de salud en estos temas de manera masiva (MINSAL 1998).

En el periodo 1986-1991 se hizo un levantamiento de la situación de las IAAS a nivel nacional y se modificó el método de vigilancia, estableciendo que la pesquisa debía ser realizada por profesionales capacitados que revisen las fichas clínicas de aquellos pacientes que presentan determinados factores de riesgo y, por lo tanto, tenían mayor probabilidad de desarrollar una infección durante su estancia hospitalaria. Este método fue evaluado en el año 1990, mostrando un aumento en la pesquisa de casos por sobre el 45% a nivel nacional y, demostrando que en los hospitales que contaban con más de una enfermera por cada 200 camas, eran capaces de detectar más de 75% de las IAAS, ratificando que la capacidad de identificar IAAS se encontraba estrechamente relacionado con el tiempo de vigilancia disponible de enfermería (MINSAL 1998).

En el año 1993, el Ministerio de Salud actualizó la Norma del Programa Nacional de Infecciones Intrahospitalarias, modificando los objetivos del programa, definiendo una estrategia de fortalecimiento local para el diagnóstico de situación e intervención usando la epidemiología como principal herramienta y focalizando la vigilancia de infecciones que tiene mayor impacto o gravedad asociadas a procedimientos invasivos o con potencial de producir brotes (Informe de Vigilancia, 2018).

A mediados de la década de los 90 se establece un sistema de Acreditación de Hospitales en Infecciones Intrahospitalarias a través de un sistema de evaluación periódica y se refuerza la necesidad de utilizar la supervisión local como un instrumento de cambio, ya que hasta 1996 el sistema de vigilancia producía información sobre IAAS por servicio clínico sin tomar en cuenta los factores de riesgo asociados ni la identificación de microorganismos nuevos (solo se hacía seguimiento de 13 microorganismos). Desde el año 1998, la vigilancia permitió conocer las tasas de IAAS por factores de riesgo y de todos los microorganismos causales, transformándose en un sistema adaptable a la complejidad de cada establecimiento.

1.1. Norma Técnica 124 y 125:

En la actualidad, nuestro país cuenta con un Programa Nacional de Prevención y Control de IAAS (PNCI) consolidado y dirigido desde el Ministerio de Salud (MINSAL) y obligatorio para todos los hospitales públicos y privados del país. Cada hospital o clínica debe contar con un programa local de prevención y control de IAAS que debe ser liderado dentro de cada establecimiento por el equipo de profesionales de la unidad de IAAS y debe ser conocido por todos los miembros del equipo de salud.

La Norma Técnica 124 sobre el Programa de Prevención y Control de IAAS fue aprobada el 24 de octubre de 2011 y dejó sin efecto las normas del programa de IIH del Manual de Prevención y Control de las IIH y Normas del Programa Nacional de IIH del año 1993.

Es en esta actualización de la norma donde se cambia la denominación de IIH a IAAS, ya que inicialmente las Infecciones Intrahospitalarias estaban enfocadas en población de riesgo “cautiva” (hospitalizados). El cambio de nomenclatura se justifica pues estas infecciones pueden observarse también asociadas a procedimientos realizados por ejemplo en cirugías ambulatorias o modalidades de atención de corta estadía y que comparten los mismos mecanismos de infección (NT 124). En esta norma se define la organización, tareas, dependencias y todos los elementos estructurales y funcionales de los Programas de Control de Infecciones (PCI).

- Es un derecho de acuerdo a la ley de derechos de personas en salud.
- Define 8 ámbitos y entrega los lineamientos que deben cumplirse en cada establecimiento de atención de salud en cada uno de ellos:



El 12 de septiembre de 2022 se publicó la Norma Técnica N°225 que modifica el contenido de la NT N°124 a efectos de mejorar la metodología de evaluación que permite detectar las infecciones (vigilancia epidemiológica) y disponer procesos de supervisión de las prácticas de atención destinadas a prevenirlas.

1.2. Evaluación en IAAS y acreditación Hospitalaria:

Las evaluaciones de los programas de control de infecciones (PCI) de los hospitales, actualmente se basa en Norma Técnica N°225 y es aplicable a nivel nacional para la totalidad de los establecimientos hospitalarios sin importar el nivel de complejidad. Las evaluaciones son aplicadas por los referentes del programa de IAAS a nivel de los Servicios de Salud, utilizando un instrumento elaborado por Ministerio de Salud para dicho efecto. Este proceso se basa en la revisión de cada uno de los 8 ámbitos que componen la Norma Técnica e incorpora la revisión de normas, protocolos, registros, programas y evidencia de supervisión, además de verificación en terreno de diferentes aspectos.

El resultado de la evaluación se puede catalogar como “Cumplimiento”, “Cumplimiento con observaciones” o “Incumplimiento”. En el caso de los hospitales con resultado en “Cumplimiento” la evaluación se efectúa cada 3 años. En el caso de los hospitales en “Cumplimiento con observaciones” la evaluación se efectúa luego de 2 años. Por último, en el caso de hospitales en estado de “Incumplimiento”, la evaluación se efectúa luego de 1 año del proceso precedente.

2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

La vigilancia epidemiológica es el proceso a través del cual se recolectan datos sobre un problema de salud determinado, se analizan, interpretan y se realiza difusión de información, siendo una herramienta esencial para la toma de decisiones en Salud Pública.

En el ámbito de las IAAS, la vigilancia epidemiológica es una actividad fundamental para identificar problemas, orientar las medidas de intervención y evaluar su impacto, ya que aporta información sobre las infecciones y sus tendencias, siendo su principal uso el desarrollo de indicadores que permitan a los establecimientos de salud evaluar sus tendencias y conocer si los niveles alcanzados son comparables con otros establecimientos similares.

El análisis de las causas y el conocimiento de los agentes infecciosos que tienen reservorios y vías de transmisión predominantes, permite conocer los mecanismos de transmisión y se utilizan para establecer medidas preventivas para interrumpir la cadena de transmisión del microorganismo. Por otra parte, la vigilancia de las tasas locales y de las causas de las infecciones permite identificar brotes epidémicos y permite identificar grupos de pacientes que tienen mayor riesgo de requerir intervenciones especiales (por ejemplo, aislamientos).

La vigilancia epidemiológica es un proceso que genera información para la acción

El objetivo general de la vigilancia de las IAAS es prevenir la aparición de tales infecciones entre pacientes, personal de salud y otras personas asociadas a los establecimientos de salud.

Otros objetivos de la vigilancia epidemiológica de las IAAS son (Informe vigilancia, 2018):



La vigilancia epidemiológica de las IAAS en los hospitales se define como “activa”, pues es realizada por profesionales capacitados (principalmente enfermeras) que revisan constantemente las fichas clínicas de los pacientes hospitalizados y comparan esa información con los hallazgos clínicos y de laboratorio de estos pacientes utilizando definiciones estandarizadas. La vigilancia epidemiológica también se define como “selectiva”, ya que no se vigilan todas las infecciones, sino que se vigilan aquellos pacientes que presentan determinados factores de riesgo para desarrollar infecciones y que se pueden prevenir. Por ejemplo, los pacientes sometidos a determinados procedimientos invasivos (catéteres permanentes, cirugías) o que tienen algunas condiciones clínicas especiales, por ejemplo: inmunosupresión severa. Para realizar estas tareas, los hospitales de mediana y mayor complejidad tienen enfermeras dedicadas a la vigilancia, prevención y control de las infecciones con tiempo completamente destinado a esta función (Informe vigilancia, 2018).

2.1. Brotes epidémicos:

Para entender lo que significa un brote epidémico dentro de una institución de salud, es necesario conocer previamente cuál es su endemia, que corresponde al número de casos esperados (incidencia) con una infección determinada en un área geográfica definida (hospital, servicio clínico) y en un tiempo determinado. Así, un brote corresponde a un número de casos con una infección determinada que claramente supera lo esperado en un área geográfica definida (hospital, servicio clínico) y en un tiempo determinado

Entre las características de un brote encontramos que:

- Corresponden a menos de 5% de las IAAS. Muchas veces no son identificados, especialmente si se trata de IAAS por agentes de identificación habitual.
- Producen alteración del funcionamiento del hospital.
- Obedecen a causas prevenibles “Desde el segundo caso, siempre considerar toda infección como prevenible”.
- Tienen consecuencias a nivel comunicacional (pueden afectar la imagen del establecimiento de salud).
- Excepcionalmente pueden ser por distintos agentes infecciosos.
- Frecuentemente pueden ser en distintas localizaciones.

Investigación De Brotes

La investigación de un brote en curso es, en general, un trabajo que requiere que los equipos del Programa de Prevención y Control de IAAS actúen de forma rápida a fin de mitigar y suprimir oportunamente los efectos de tal brote sobre la población en riesgo. Para esto es importante tener presente que cualquier sospecha surgida a nivel local (clínico) sobre la posible ocurrencia de un brote en el establecimiento debiera ser comunicada sin retraso al nivel inmediatamente superior o a quien esté establecido dentro de la institución.

¿Cuándo y cómo investigar un brote?

En general, se recomienda investigar una situación en la cual la enfermedad excede su frecuencia usual, o sea, el número de casos o la incidencia observada de una enfermedad supera la frecuencia esperada, considerando su distribución. La investigación de los primeros casos descubiertos (llamados casos índice) puede permitir identificar y corregir temprano el problema y, con ello, evitar la ocurrencia de un brote de mayores proporciones.

Los objetivos de la investigación de un brote epidémico son describir la situación, intentar definir el origen, las formas y las vías de transmisión, los factores de riesgo y los pacientes en riesgo, para establecer medidas para interrumpir su diseminación y prevenir su reaparición.

Para ello existen diferentes abordajes que se dividen en dos grandes ejes:

- Estudio descriptivo del brote y formulación de la hipótesis de su origen → esta etapa busca determinar la fuente y modo de transmisión del agente e identificar aquellos individuos que presentan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, con el objetivo de implementar medidas de control inmediatas.
- Estudio analítico del brote → esta etapa es complementaria a la descriptiva, consiste en la comparación de grupos de personas enfermas y sanas de la población, a fin de identificar y cuantificar la fuerza de asociación entre determinadas exposiciones y la presencia de enfermedad, que se aplican para establecer las medidas de control definitivas.

No obstante, en la práctica, la investigación epidemiológica de un brote requiere ser ejecutada mediante un abordaje sistemático, con pasos ordenados. Los pasos para la investigación de brotes son los siguientes:

1. Comprobar existencia de brote - Verificar diagnóstico de casos
2. Definir "caso"
3. Buscar casos
4. Descripción
5. Generar una hipótesis a partir de la descripción
6. Medidas de intervención inmediatas
7. Estudio epidemiológico
8. Comprobar hipótesis
9. Medidas de control definitivas
10. Comunicar

BIBLIOGRAFÍA

- Candace Friedman. El costo de las infecciones asociadas a la atención en salud. En: Candace Friedman y William Newson; Conceptos básicos de control de infecciones, capítulo 28. 2da edición 2011. Pág. 397-405.
- Informe de Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud 2018. Ministerio de salud departamento de calidad y formación programa control de IAAS. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/INFORME-DE-VIGILANCIA-DE-IAAS-2018.pdf>
- Manual de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) y normas del programa nacional de IIH. 1993. División de programas de salud. Departamento de epidemiología. Ministerio de salud. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/918f15de4a29106ae04001011e016773.pdf>
- Sistema de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias. 1998. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/8a331613f071f5e7e04001011e010f96.pdf>
- Akeau Unahalekhaka. Epidemiología de las infecciones asociadas a atención en salud. IFIC Spanish Book, Capitulo 3. 2013. P 29-43. https://www.theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch3_PRESS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, 2011. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). In C. Castillo-Salgado et al., eds. *Organizacion Panamericana De La Salud*. Washington, D.C. <https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE5.pdf>



Reservados todos los derechos de VASPER CAPACITA. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del autor. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.