

AISLAMIENTO HOSPITALARIO

Impacto en el control de infecciones

CONTENIDO

Introducción

Antecedentes

Características de un sistema ideal

Objetivo

Revisando evidencias...

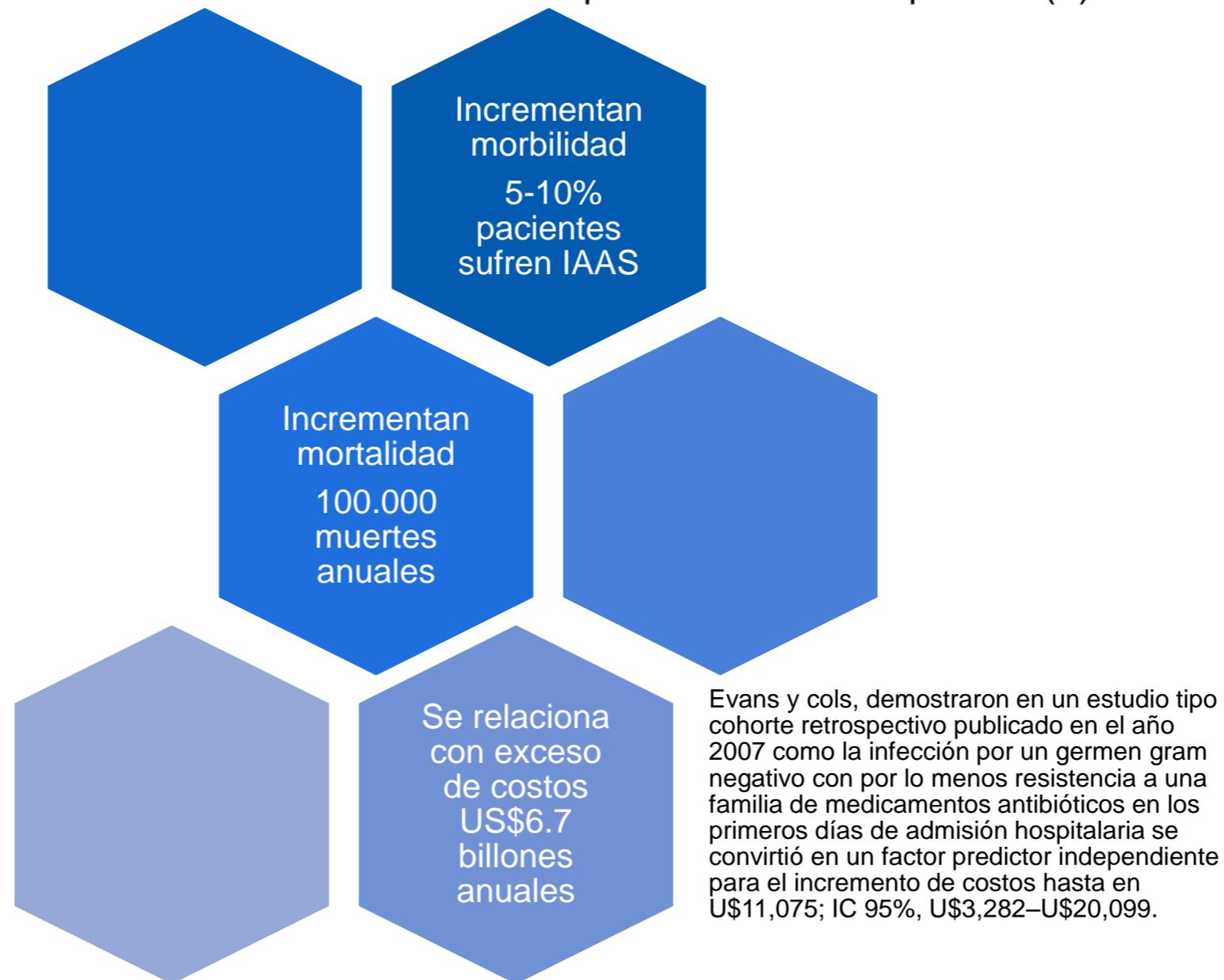
Experiencias en aislamiento hospitalario

Enfoque en la implementación

Experiencia Clínica Shaio - Resultados

INTRODUCCION

- Las infecciones asociadas con la atención en salud son un problema de salud pública.(1)



1. World Health Organization 2007.

2. Martone WJ, Jarvis WR, Culver DH, Haley RW. Incidence and nature of endemic and epidemic nosocomial infections. In: Bennett JV, Brachman PS, eds. Hospital infections. Boston: Little, Brown, and Company, 1992, 577-96

3. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL Jr, et al. Estimating health care associated infections and death in US hospitals, 2002, Public Health Rep 2007; 122:160-166

INTRODUCCION

Se han observado tasas muy altas de resistencia en todas las regiones de la OMS en bacterias comunes como *E coli*, *S aureus*, *K pneumoniae* tanto en infecciones de la comunidad como asociadas al cuidado de la salud (1)

Las infecciones causadas por bacterias productoras de KPC están asociadas con altas tasas de mortalidad: 32,2% vs. 9,9% causadas por bacterias no productoras de KPC. (p<0,001 [Odds ratio: 3,60; 95% CI: 1,87-6,91]) (2)

Las IAAS son complejas en su abordaje puesto que influyen muchos factores en su desarrollo.

ANTECEDENTES



Estricto, respiratorio, protector,
entérico, heridas, piel y sangre

1970

Técnicas de
aislamiento en
hospitales 7 categorías
por colores

1985-88
Precauciones
Universales

2005 Prevención de transmisión de agentes
infecciosos en ambientes hospitalarios .

1983

Guías CDC Elimina
aislamiento
protector

1996

Ruta de transmisión

2007 Control de
infecciones en
ámbitos intra y
extrahosp.

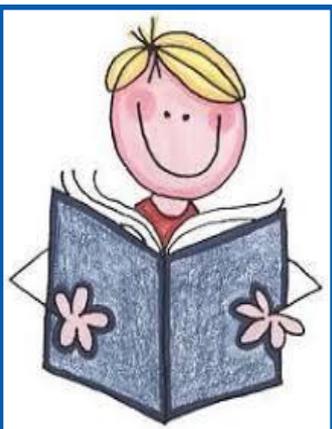
CARACTERISTICAS DE UN SISTEMA IDEAL DE AISLAMIENTO



Recomendaciones basadas en evidencia



Actualice mecanismos de transmisión de los agentes infecciosos

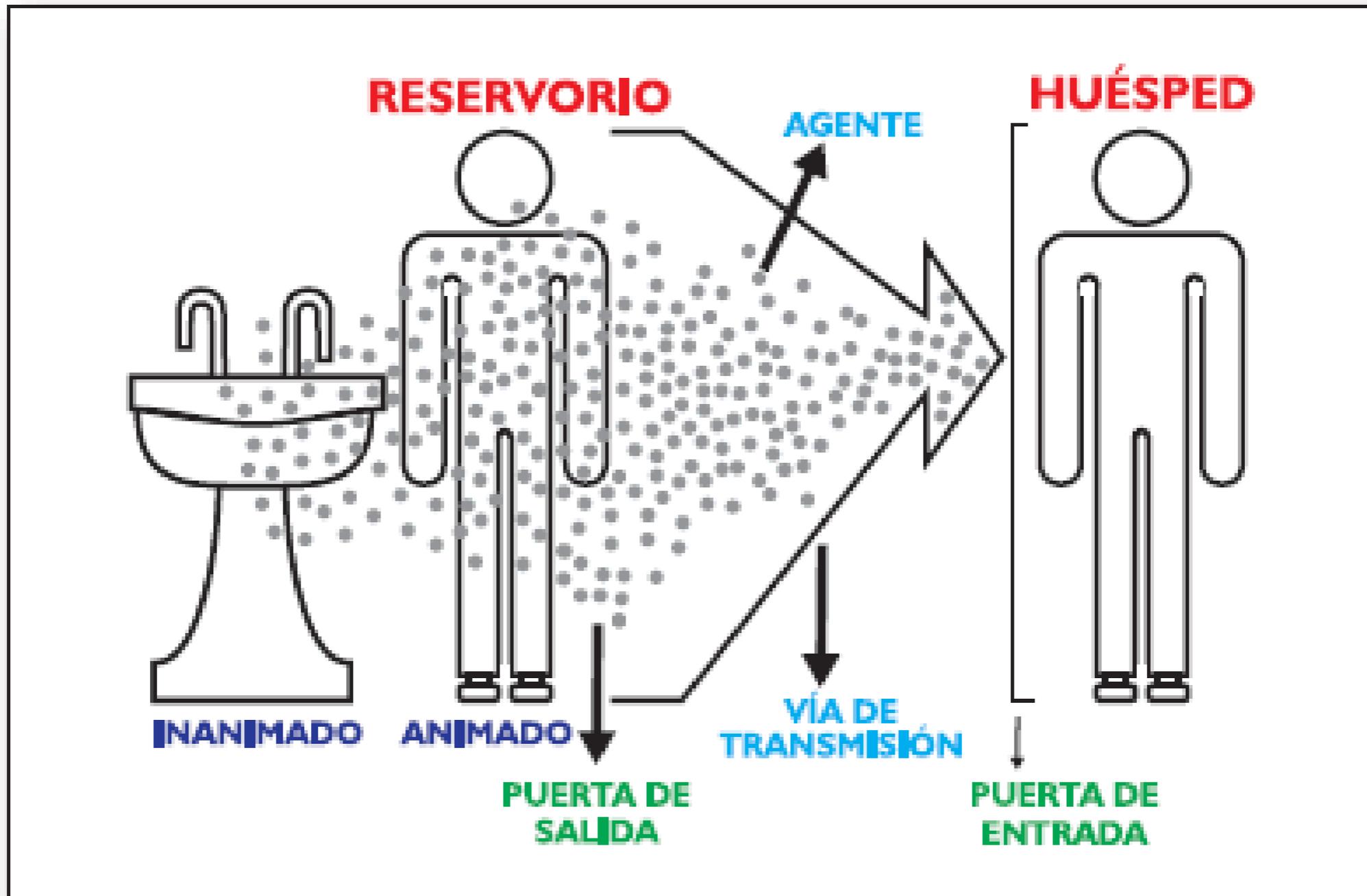


Fácil de entender y bajo costo



Interfiera de manera mínima con los cuidados del paciente

PORQUE LAS PRECAUCIONES??



REVISANDO EVIDENCIAS



¿ Es importante la carga de pacientes aislados en el cumplimiento de medidas por parte del personal asistencial?

Contact Precautions: More Is Not Necessarily Better

Sorabh Dhar, MD;1,2 Dror Marchaim, MD;3 Ryan Tansek, MD;4 Teena Chopra, MD;1 Adnan Yousuf, MD;5 Ashish Bhargava, MD;1 Emily T. Martin, MPH, PhD;1 Thomas R. Talbot, MD, MPH;6 Laura E. Johnson, MD;7 Ameet Hingwe, MD;8 Jerry M. Zuckerman, MD;9 Bartholomew R. Bono, MD;10 Emily K. Shuman, MD;11 Jose Poblete, MD;12 MaryAnn Tran, MD;13 Grace Kulhanek, MD;13 Rama Thyagarajan, MD;14Vijayalakshmi Nagappan, MD;14 Carrie Herzke, MD;15 Trish M. Perl, MD, MSc;15 Keith S. Kaye, MD, MPH1

Infection control and hospital epidemiology march 2014, vol. 35, no. 3

Estudio de Cohorte prospectiva Multicentrico Feb 2009-Oct 2009

Actividades medidas y resultados:1013 observaciones-487 UCI



Higiene de manos antes: 37.2%

Uso de bata:74.3%

Uso de guantes:80.1%

Bata y guantes:80.1%

Higiene de manos después de contacto:61%

Cumplimiento global:28,9%

A medida que aumentaba la carga de aislamiento 20% o menos a mas del 60% disminuye higiene de manos(43,6% - 4,9%)
OR 10,1 IC 95% (1,84-55,5) y de los 5 componentes(31,5% - 6,5%) OR 6 IC 95%(1,15-37,4)

¿ La adherencia a las precauciones problema de insumos o de conducta?

Tabla 2 Media (IC 95%) de las puntuaciones de las condiciones de aislamiento por cada criterio y total^a

	Evaluación del carro	Evaluación de la habitación	Evaluación del paciente y los acompañantes	Evaluación de los profesionales	Evaluación total
<i>Turno</i>					
Mañana	3,89 (3,84-3,95)	5,07 (4,92-5,22)	1,99 (1,80-2,18)	1,06 (0,86-1,26)	12,02 (11,68-12,36)
Tarde	3,96 (3,94-3,99)	5,09 (4,95-5,22)	2,26 (2,07-2,45)	1,13 (0,24-1,31)	12,43 (12,15-12,71)
p	0,082	0,812	0,049	0,044	0,121
<i>Servicio</i>					
Cardiología-Cirugía Cardíaca	3,80 (3,61-3,99)	5,35 (4,82-5,88)	2,60 (1,91-3,29)	1,10 (0,33-1,37)	12,85 (11,82-13,88)
Angiología y Cirugía Vascular	3,97 (3,92-4,01)	3,90 (3,61-4,20) ^b	2,03 (1,65-2,42)	1,15 (0,71-1,58)	11,05 (10,43-11,67) ^b
Cirugía General	3,96 (3,91-4,01)	5,15 (4,90-5,41)	2,29 (1,93-2,65)	1,57 (1,16-1,98)	12,97 (12,33-13,62)
Traumatología	3,90 (3,78-4,03)	3,90 (3,38-4,41) ^b	2,10 (1,51-2,70)	1,28 (0,68-1,87)	11,17 (9,96-12,39) ^b
Lesionados medulares	4,00 (4,00-4,00)	5,61 (5,50-5,71)	2,07 (1,83-2,30)	0,70 (0,55-0,85) ^b	12,38 (12,05-12,70)
Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial	4,00 (4,00-4,00)	5,81 (5,41-6,20)	2,12 (1,54-2,69)	0,85 (0,57-1,12)	12,77 (12,11-13,43)
Neurología y Neurocirugía	3,85 (3,75-4,54) ^b	5,18 (5,05-6,32)	2,05 (1,78-2,32)	1,17 (0,90-1,45)	12,25 (11,84-12,67)
p	< 0,001	< 0,001	0,671	< 0,001	< 0,001

^a Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

^b Puntuaciones significativamente inferiores al resto ($p < 0,05$).

Tiene importancia las superficies ambientales en la transmisión de agentes patógenos?

The Role Played by Contaminated Surfaces in the Transmission of Nosocomial Pathogens. Jonathan A. Otter, PhD;^{1,2} Saber Yezli, PhD;² Gary L. French, MD, FRCPath¹. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011;**32**(7):687-699.

The role of the surface environment in health care –associated infections . David J Weber, Deverick Anderson and William A. Rutala. *Curr Opin Infect Dis* 2013, **26**:338–344

TABLE 2. Effect of the Colonization or Infection Status of the Prior Room Occupant on the Acquisition of Pathogens by Subsequent Occupants of the Same Room

Reference	Setting (study design)	Findings	Variables	Acquired	Did not acquire	Percentage difference	Adjusted ratio (95% CI)
Martinez et al ⁶⁵ (2003)	ICU, USA (9-month retrospective case-control study)	Placement within a room from which VRE had been cultured was associated with VRE acquisition in the subsequent room occupant	Admitted to room from which VRE had been cultured	13% of 30	2% of 60	87.5	OR: 81.7 (2.2–3,092)
Drees et al ²⁶ (2008)	ICU, USA (14-month prospective cohort study)	Positive VRE room culture results or previous VRE-positive room occupants were associated with VRE acquisition	Positive culture before admission or acquisition	8.0% of 50	4.8% of 588	40.5	HR: 4.3 (1.5–12.5)
			Prior room occupant with VRE	38.0% of 50	20.2% of 588	46.7	HR: 3.8 (2.0–7.3)
			Any room occupant with VRE in past 2 weeks	60.0% of 50	41.8% of 588	30.3	HR: 2.7 (1.4–5.3)
Nseir et al ⁶⁸ (2010)	ICU, France (12-month prospective cohort study)	Admission to a room previously occupied by an <i>A. baumannii</i> - or <i>P. aeruginosa</i> -positive patient was associated with acquisition of these pathogens	Prior room occupant with <i>A. baumannii</i>	28.1% of 57	7.9% of 454	71.8	OR: 4.2 (2.0–8.8)
			Prior room occupant with <i>P. aeruginosa</i>	25.6% of 82	14.9% of 429	41.7	OR: 2.3 (1.2–4.3)
				Prior room occupant status			
				Positive	Negative		
				(% acquired)	(% acquired)		
Huang et al ⁶⁶ (2006)	ICU, USA (20-month retrospective cohort study)	Admission to a room previously occupied by a MRSA- or VRE-positive patient was associated with acquisition of these pathogens	VRE status of prior room occupant	4.5% of 1,291	2.8% of 9,058	37.1	OR: 1.4 (1.0–1.9)
			MRSA status of prior room occupant	3.9% of 1,454	2.9% of 8,697	28.8	OR: 1.4 (1.1–1.8)
Shaughnessy et al ⁶⁷ (2008)	ICU, USA (18-month retrospective cohort study)	Admission to a room previously occupied by a <i>C. difficile</i> -positive patient was associated with <i>C. difficile</i> acquisition	<i>C. difficile</i> status of prior room occupant	11.0% of 91	4.6% of 1,679	58.3	HR: 2.3 (1.2–4.5)

NOTE. Martinez et al,⁶⁵ Drees et al,²⁶ and Nseir et al⁶⁸ compared associations listed in the Variables column in patients who did acquire the pathogen with patients who did not acquire the pathogen; Huang et al⁶⁶ and Shaughnessy et al⁶⁷ compared the frequency of patients who acquired the pathogen depending on the status of the prior room occupant. CI, confidence interval; HR, hazard ratio; ICU, intensive care unit; MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; OR, odds ratio; VRE, vancomycin-resistant enterococci.

Tiene importancia las superficies ambientales en la transmisión de agentes patógenos?

The relationship between patient functional status and environmental contamination by *Clostridium difficile*: a pilot study
 Rebekah Blakney^{1,2} · Unnur Gudnadottir¹ · Simone Warrack² · John C. O'Horo³ · Michael Anderson² · Ajay Sethi¹ · Michelle Schmitz⁴ · Jennifer Wang² · Megan Duster² · Emma Ide⁵ · Nasia Safdar^{1,2,5,6}.

Received: 1 December 2014 / Accepted: 20 March 2015

Objetivo: Medir la asociación entre el estado funcional de los pacientes y la contaminación CDI Feb-Mayo 2013
 30 habitaciones

Table 2 Relative risk of surface contamination by distance and functional status

	Low functional status Relative risk (95 % CI)	High functional status Relative risk (95 % CI)	P value
Surfaces near patient bed	1.65 (0.75, 3.63)	0.61 (0.22, 1.41)	0.2348
Surfaces distant from patient bed	0.10 (0.01, 0.77)	9.58 (1.30, 70.92)	0.0055*
All surfaces	0.74 (0.38, 1.41)	1.36 (0.71, 2.60)	0.378

* Significant at $p \leq 0.05$

Controversias frente a seguridad del paciente

Safety of patients Isolated for infection control. Henry Thomas Stelfox, MD, David W Bates; MD MSc, Donald A Redelmeier, MD MSc. Jama October 8 Vo.290 No.14. 2 cohortes prospectivas Ene 1/99-Ene1 /2000 seg cohorte Ene/99 –jul/2002

Objetivo: Examinar la calidad de la atención médica recibida por los pacientes aislados para controlar la infección

- Proceso de atención
 - Signos vitales incompletos entre pacientes aislados vs control 14% vs 9% $p < 0,001$
 - Sin notas de enfermería 14 vs 10% $p < 0,001$
 - Sin evolución médica 26vs13% $p < 0,001$
- Falla cardiaca Menor posibilidad de pruebas de stress 14%vs43% $p < 0,001$.
- Registro de peso 28%vs87% $p:0,01$
- Menor educación sobre falla cardiaca 29% vs 51%

Pacientes aislados tuvieron el doble de probabilidades de experimentar eventos adversos durante su hospitalización 31 vs 15 eventos adversos por 1000 días $p=0,001$

Pacientes aislados 8 veces más posibilidades de experimentar fallas en su apoyo reflejado en caídas, úlceras por presión, trastornos de líquidos y electrolitos

Los pacientes aislados presentaron mayor insatisfacción en su tratamiento estas diferencias se reflejaron en las quejas formales y no formales

- 8%vs1% $p < 0,001$

Controversias frente a seguridad del paciente

Contact isolation in surgical patients: A barrier to care? Heather L. Evans, MD, Mary M. Shaffer, BS, Michael G. Hughes, MD, Robert L. Smith, MD, Ta e W. Chong, MD, Daniel P. Raymond, MD, Shawn J. Pelletier, MD, Timothy L. Pruett, MD, and Robert G. Sawyer, MD, Charlottesville, Surgery Volume 134 pág 1 80-8, Number 2



Aislamiento tiene un impacto negativo en la cantidad de atención directa al paciente



Método: observación dos horas diarias/5 semanas. Pacientes aislados habitaciones adyacentes a UCI quirúrgica y Salas de cirugía.



Que midieron?: Número de visitas.
Tiempo de contacto.
Cumplimiento con aislamiento.
Gravedad de la enfermedad evaluada mediante APACHE II



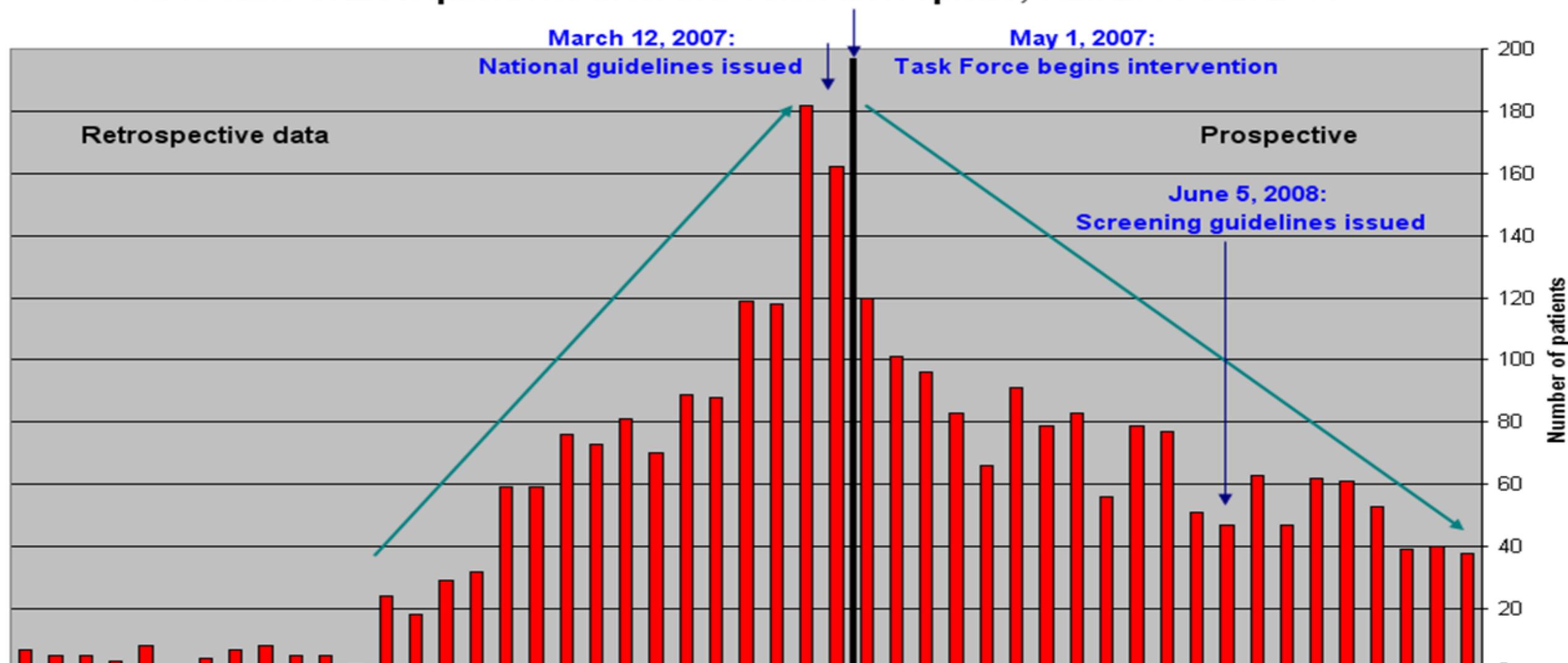
Resultados: 48 observaciones .Pacientes aislados fueron visitados menos veces que los pacientes no aislados (5,3vs 10,9 vist/h $P<0,0001$)
Menor tiempo de contacto general (29 vs 37 $P=0,008$)
En los pacientes de piso con puntaje APACHE II >de 10 tuvieron casi 40% menos contacto por hora que los pacientes en el grupo no aislado (19 vs 34 min/h $p=0,05$)

Percepción de los pacientes variable

Aislamiento en contención de brotes

ISRAEL

First-Time CRE Acquisitions in Israeli General Hospitals, Jan. 2005-Jan 2009



Disminuyó la incidencia de EPC de 55.5 casos per 100,000 pacientes días a 11.7 casos per 100,000 paciente días ($P < .001$) (-79% de reducción) y esto fue directamente correlacionado con adherencia a la intervención ($P .03$)

Aislamiento en contención de brotes

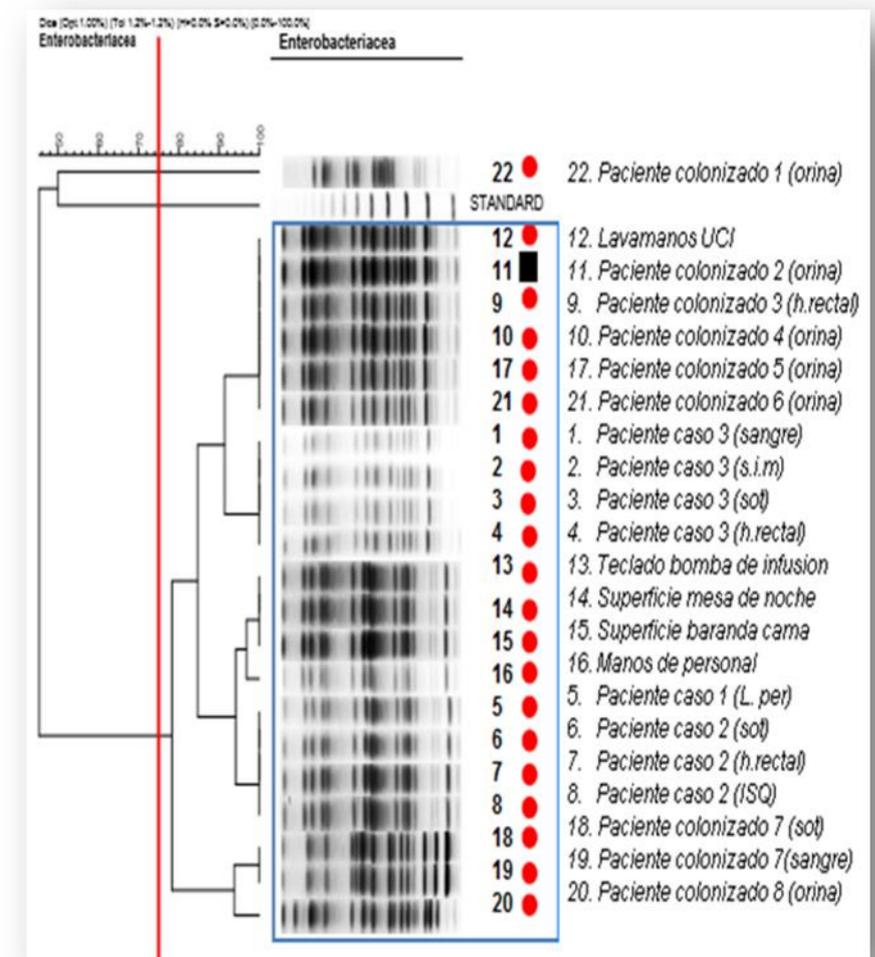
CLINICA SHAIO

Control de Brote por *Klebsiella pneumoniae* productora de kpc-2 UCI polivalente FCS Ago-Sept 2012

Paciente	Edad / Genero	Fecha Primer aislamiento	Estancia previa al primer aislamiento	Total días de estancia en UCI	Sitio anatómico primer aislamiento	Otros sitios anatómicos	Nº de aislamientos con <i>K. pneumoniae</i> KPC	Terapia antimicrobiana previa (empírica)	Terapia antimicrobiana ajustada	Desenlace
1	77/M	17-Ago-12	16 días	40 días	L. peritoneal	N/A	1	P/T	ME	Falleció
2	76/M	24-Ago-12	27 días	57 días	S. safenectomia	SOT, HR	3	ME, P/T	CO, ME, TI	Vivo
3	73/M	10-Sep-12	14 días	13 días	Sangre	SIM, SOT, HR	4	P/T	ME, CO, DO, TI	Falleció

M: masculino, SOT: Secreción orotraqueal, HR: Hisopado rectal, SIM: secreción sitio inserción de marcapasos, N/A: no aplica, P/T: Piperacilina/Tazobactam

ME: meropenem, CO: colistina, TI: tigeciclina, DO: doripenem



Aislamiento en contención de brotes

CLINICA SHAIO - Intervención

Control de Brote por *Klebsiella pneumoniae* productora de kpc-2 UCI polivalente FCS Ago-Sept 2012

Aislamiento de contacto	Cultivos de vigilancia	Estrategia multimodal de higiene de manos	Educación continuada	Limpieza y desinfección ambiental	Baño de Clorhexidina	Decolonización oral y digestiva
<p>Todo paciente colonizado o infectado con KPC</p> <p>Habitación individual</p> <p>Auxiliar de enfermería/fisioterapeuta exclusivo</p> <p>Uso exclusivo de equipos de monitoreo</p> <p>Protocolo de manejo y transporte de estos pacientes</p> <p>Restricción de ingreso a UCI del personal en formación</p>	<p>Cultivos de secreción orotraqueal, hisopado rectal y orina de todo paciente de la UCI para determinar colonización</p> <p>Cultivos ambientales: de equipos médicos, superficies e infraestructura</p> <p>Cultivos de manos del personal asistencial</p> <p>Periodicidad de los cultivos: cada quince días por dos meses</p>	<p>Nombramiento de líderes de higiene de manos (médicos y enfermeras)</p> <p>Reentrenamiento de observadores de higiene de manos</p> <p>Cambios de infraestructura: acondicionamiento de lavamanos a la entrada de UCI, instalación de afiches con el protocolo de higiene de manos (OMS)</p>	<p>Fortalecimiento del programa de higiene de manos para el personal de salud y familiares</p> <p>Socialización del protocolo de aislamiento hospitalario</p> <p>Reentrenamiento en limpieza y desinfección de equipos médicos y superficies</p>	<p>Revisión del protocolo de limpieza y desinfección</p> <p>Seguimiento de la calidad de la limpieza a través de bioluminiscencia</p> <p>Incremento de la frecuencia de limpieza recurrente a 3 veces por día</p> <p>Implementación de paños desechables para el proceso</p>	<p>Baño diario con Clorhexidina al 4% a todo paciente de UCI</p>	<p>Aplicación oral de gel de Colistina + gentamicina</p> <p>Administración oral de Colistina y Gentamicina por 7 días</p>

Aislamiento en contención de brotes

CLINICA SHAIO- Resultados

Control de Brote por Klebsiella pneumoniae productora de kpc-2 UCI polivalente FCS Ago-Sept 2012

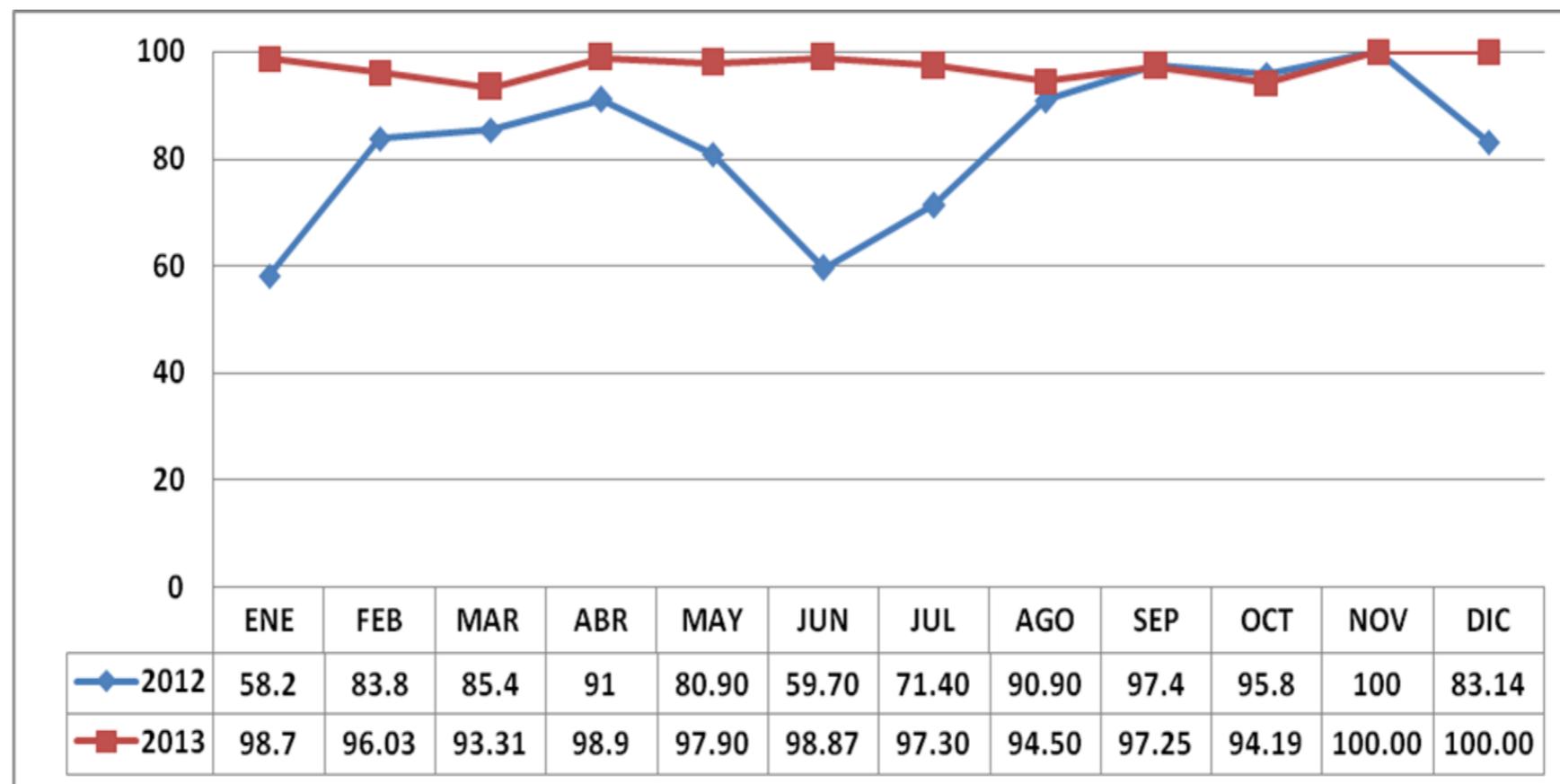


Fig. 4 Adherencia al programa de higiene de manos del personal de salud entre los años 2012-2013.

14 meses de seguimiento post brote : 3 aislamientos (Enero – Mayo-Nov /13), no pacientes colonizados ,ni positividad de cultivos medioambientales o manos.

Resistencia SAMR 5%
Resistencia EVR 0%

Aislamiento en contención de brotes

Experiencias
similares en Italia,
Hospital Miami. (1,2)

Bundle de Intervención

- Higiene de manos
- Aislamiento de contacto colonizados e infectados
- Desinfección medioambiental
- Baños con clorhexidina
- Uso prudente de antibióticos
- Educación. (3)

Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae .(CRE) 2012 CRE Toolkit

Guidelines ESCMID

- Higiene de manos
- Aislamiento
- Código portadores
- Educación
- Limpieza ambiental
- Uso racional de antibióticos. (4)

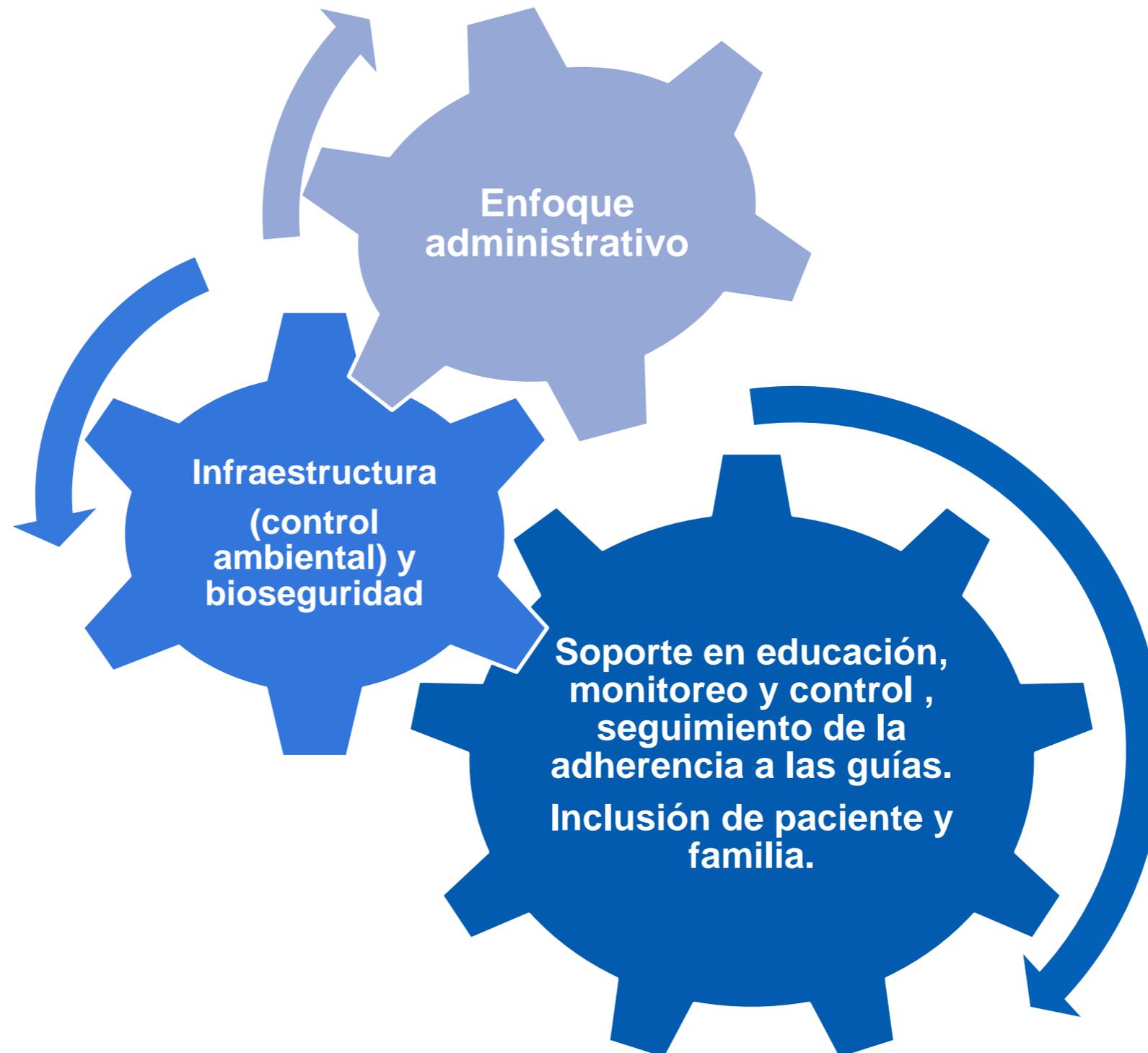
1,Control Of carbapenemase-producing Klebsiella pneumonia: a region-wide intervention. C Gagliotti(cgagliotti@regione.emilia-romagna.it), V Cappelli, E Carretto, M Marchi, A Pan, P Ragni, M Sarti, R Suzzi, G A Tura, M L Moro, on behalf of the Emilia-Romagna Group for CPE Control.

2,Successful Eradication of a monoclonal Strain of Klebsiella pneumoniae during a K. pneumonia Carbapenemase-Producing K pneumonia outbreak in a Surgical Intensive Care Unit in Miami, Florida. L Silvia Munoz-Price,MD; Carolina de la Cuesta et al. Infection Control and Hospital Epidemiology October 2010, Vol 31, No.10

3.Curr Opin Infect Dis 2013, 26:378–387

4. ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients. E Tacconelli, M.A. Cataldo, S. J Dancer, G. de Angelis, M Falcone, U. Frank, G.Kahlmeter, A. Pan, N. Petrosillo, J. Rodriguez-Baño, N. Singh, M.Venditti, D.S. Yokoe and B. Cookson. Clin Microbiol Infect 2014;20 (Suppl.1) I-55

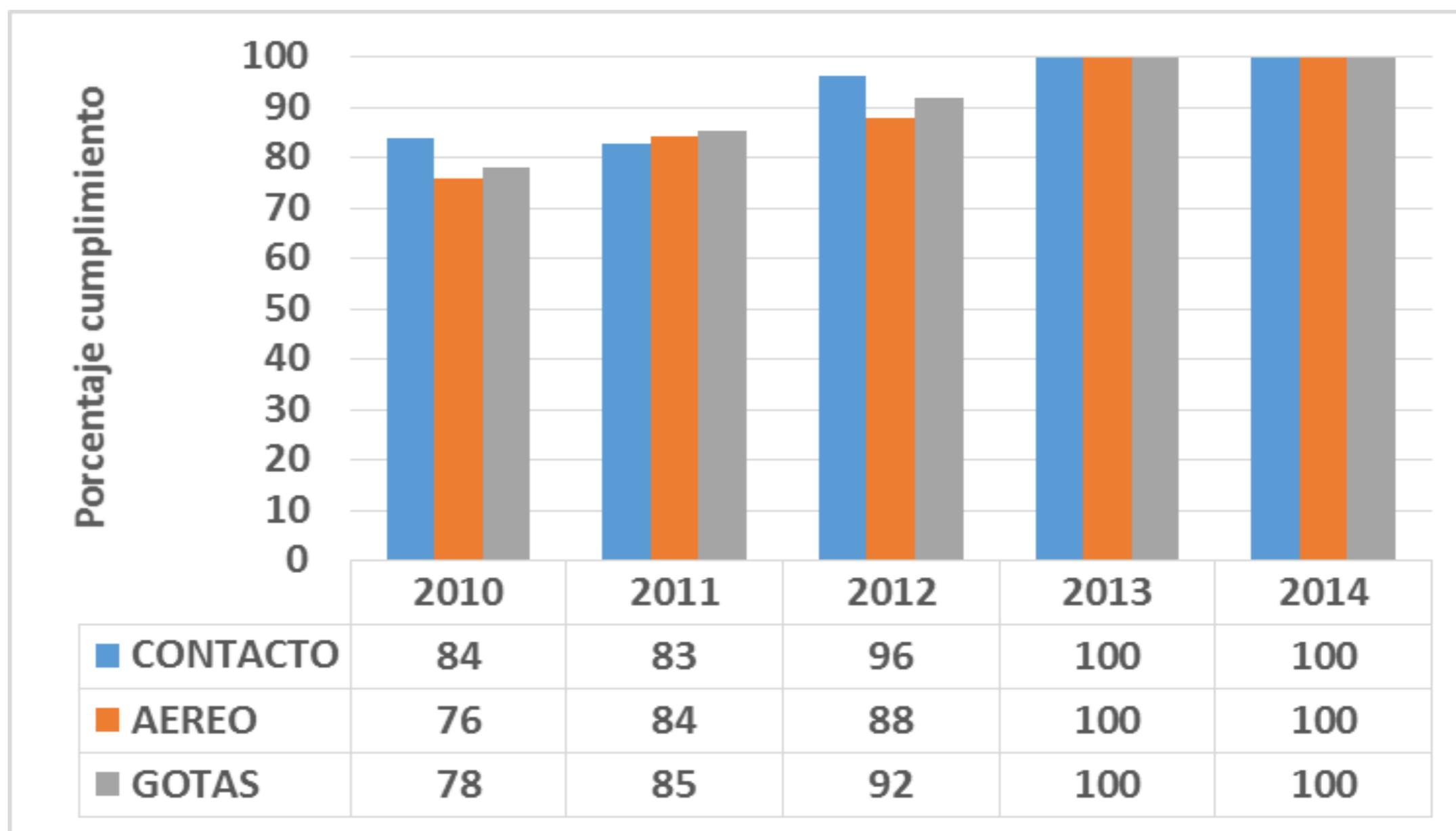
ENFOQUE PARA LA IMPLEMENTACION



EXPERIENCIA CLINICA SHAIO

Iniciando seguimientos...

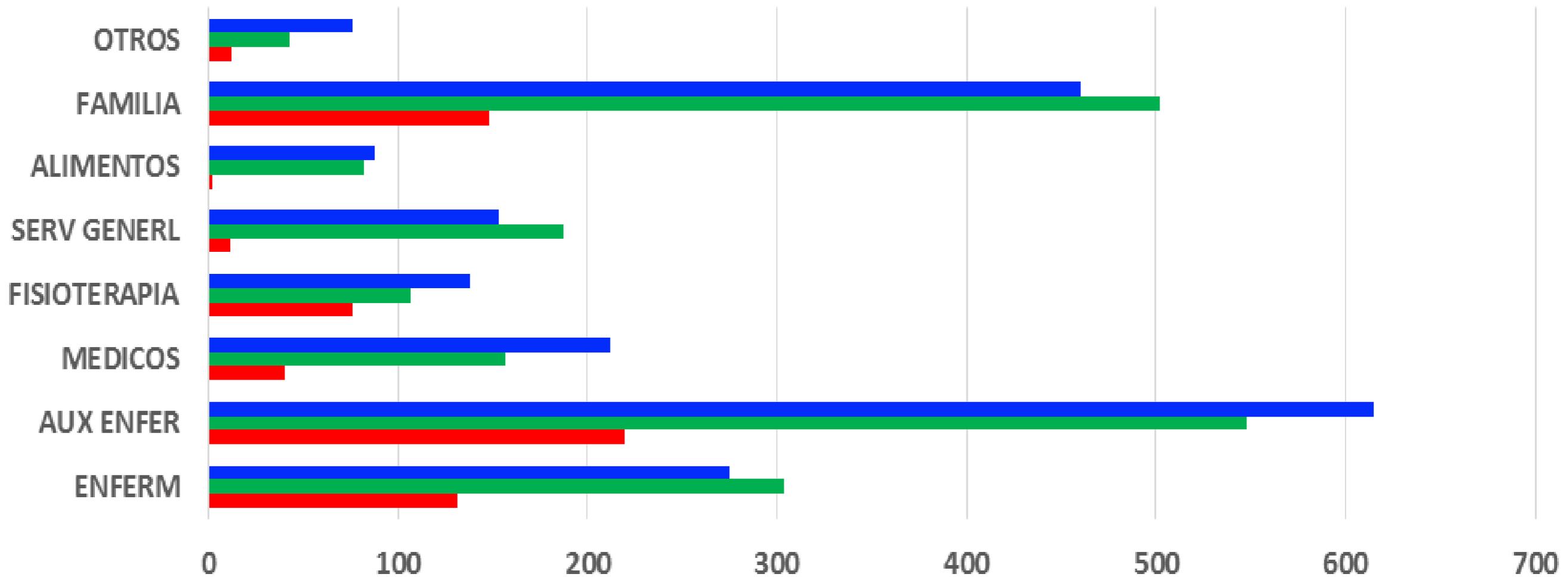
Disposición de insumos



EXPERIENCIA CLINICA SHAIO

Es importante uso correcto de EPP

No. de observaciones realizadas por perfil 2015-Oct 2017



	ENFERM	AUX ENFER	MEDICOS	FISIOTERAPIA	SERV GENERL	ALIMENTOS	FAMILIA	OTROS
■ 2017	275	615	212	138	153	88	460	76
■ 2016	304	548	157	107	187	82	502	43
■ 2015	131	220	40	76	11	2	148	12

EXPERIENCIA CLINICA SHAIO

Optimizando medidas- Vigilancia activa –Dx rápidos

FilmArray Respiratory Panel

1 Test. 20 Respiratory Pathogens. All in about an hour.

Viruses

- Adenovirus
- Coronavirus HKU1
- Coronavirus NL63
- Coronavirus 229E
- Coronavirus OC43
- Human Metapneumovirus
- Human Rhinovirus/Enterovirus
- Influenza A
- Influenza A/H1-2009
- Influenza A/H3
- Influenza B
- Parainfluenza 1
- Parainfluenza 2
- Parainfluenza 3
- Parainfluenza 4
- Respiratory Syncytial Virus

Bacteria

- Bordetella pertussis
- Chlamydia pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae

The FilmArray GI Panel

Simultaneous detection of 23 targets.

Bacteria

- Aeromonas
- Campylobacter
- Clostridium difficile
- Plasmodium shigelloides
- Salmonella
- Vibrio
- Yersinia enterocolitica
- Yersinia enterocolitica

Diarrheagenic E. coli/Shigella

- Enterotoxigenic E. coli (ETEC) /stx
- Enteropathogenic E. coli (EPEC)
- Shiga toxin producing E. coli (STEC) stx1/stx2
- Shigella/EHEC/enterohemorrhagic E. coli (EHEC)
- Enterococci/enterohemorrhagic E. coli (EHEC)
- Enterococcus faecalis (E. coli O157)

Rotavirus A

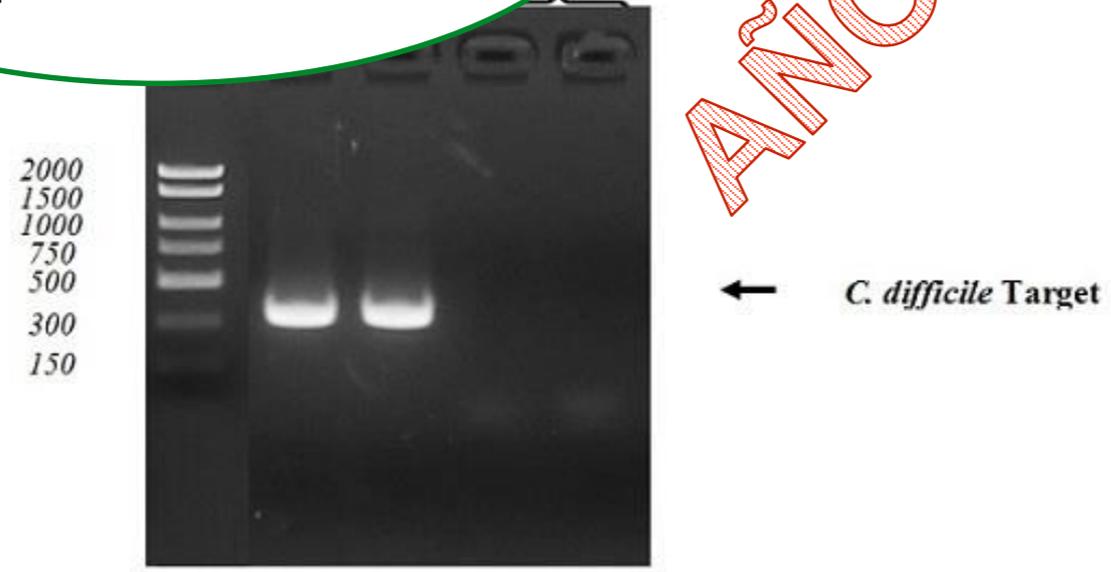
- Rotavirus A
- Sapovirus

Hb & L Identificación en hisopado rectal de bacterias resistentes a carbapenemicos

AÑOS 2014-2016

XPERT MTB/RIF

- Dual PCR reactions— sample-processing PCR is followed by hemi-processing PCR —increase the test's sensitivity and specificity; according to the results published in *NEJM*, the PCR test was 98.2% sensitive in patients with smear-positive, culture-positive TB. And, because it is automated, there is little technical training needed to administer the test.



EXPERIENCIA CLINICA SHAI0

Optimizando medidas



HISTORIA CLINICA

Paciente **BELTRAN LUIS IGNACIO** Género **Masculino** Edad **57 Años** Ingreso **2810070**
 Vía **HOSPITALIZAD** Peso (Kg) **58.00** Habitac: **CI-U53** Fecha **/ / 0** Historia **579235**

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- SONDA VESICAL**
- CATETER CENTRAL**
- TIPO DE AISLAMIENTO**
- EVENTO DE SALUD PUBLICA**
- OBSERVACIONES GENERALES**

TIPO DE AISLAMIENTO

2017/07/31 11:44:35

ITEM	CUMPLIMIENTO
1. Tipo de Aislamiento : Contacto	
1a. Total días de aislamiento : 361	
2. Conoce motivos de precauciones	Si
3. Conoce que tipo de EPP debe utilizar	Si
4. Conoce el tiempo de Precauciones	Si
5. Personal de salud me informo de las precauciones	Si
7. Requiere Auxiliar Individual	Si
8. Requiere uso de Hipoclorito de Sodio 5000 ppm	No
9. El paciente se encuentra colonizado/infectado por	Si
Observaciones: PACIENTE CON AISLAMIENTO EN SECRECION OROTRAQUEAL (27/07/2017) DE ACINETOBACTER BAUMANNII CON RESISTENCIA A CARBAPENEMICOS.	
10. Fecha Inicio de Aislamiento por agente resistenc : 2017/07/27	
11. Educación en cuidados para prevención de Infecci	Si
Observaciones: SE AVISA A LOS SERVICIOS YA QUE EL PERFIL DE RESISTENCIA FUE VALIDADO EL DIA DE HOY, PARA CONSECUION DE AUXILIAR EXCLUSIVA.	

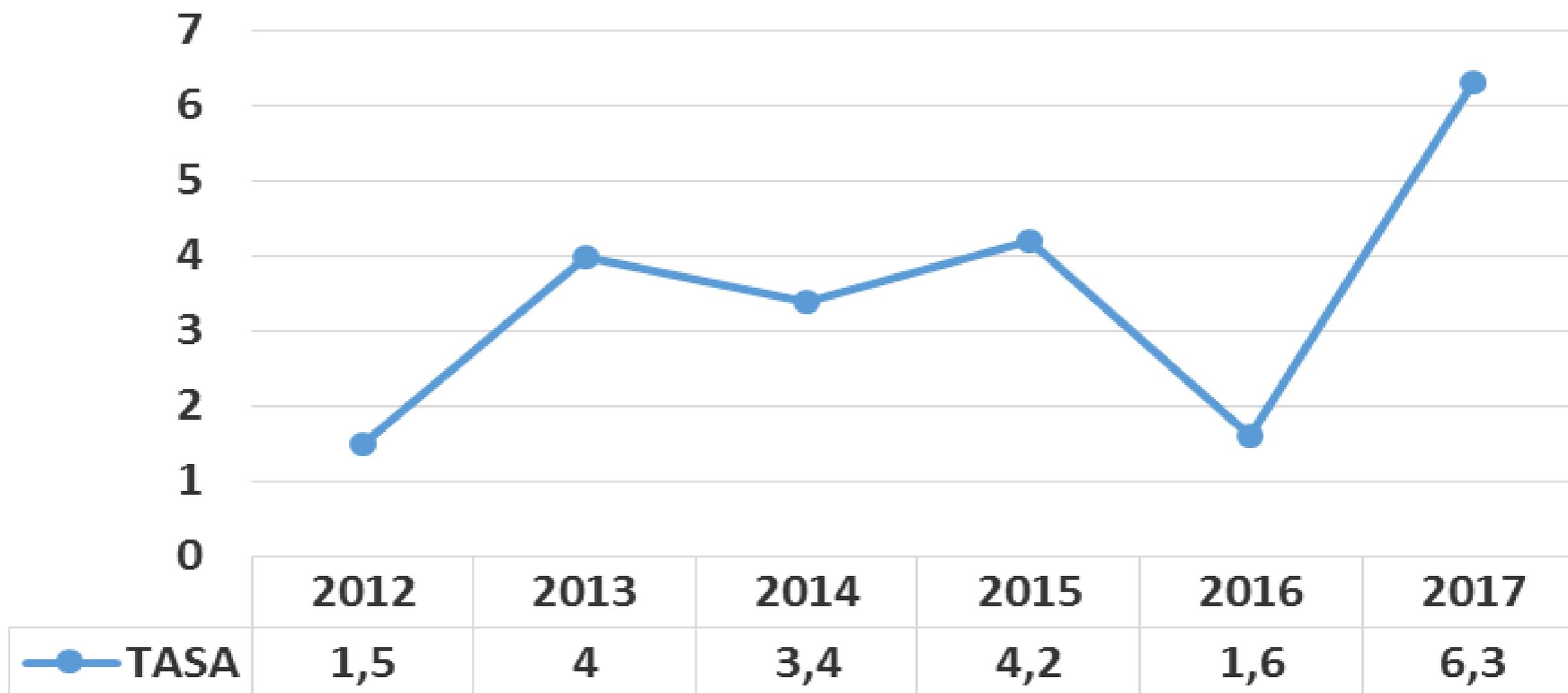
* CAMPO OBLIGATORIO

Guardar
Salir

EXPERIENCIA CLINICA SHAIO

Resultados

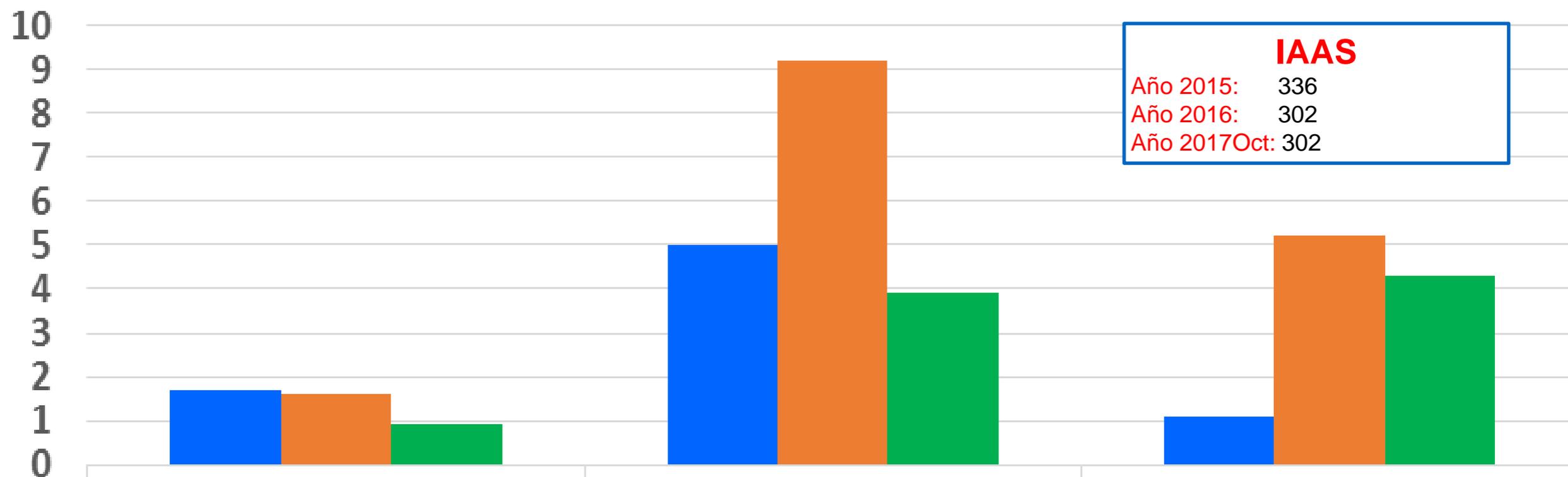
Tasa de incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica UCI 2012- Oct 2017



EXPERIENCIA CLINICA SHAIO

Resultados

Porcentaje de resistencia en infecciones intrahospitalarias Clínica
Shaio 2015-Oct 2017



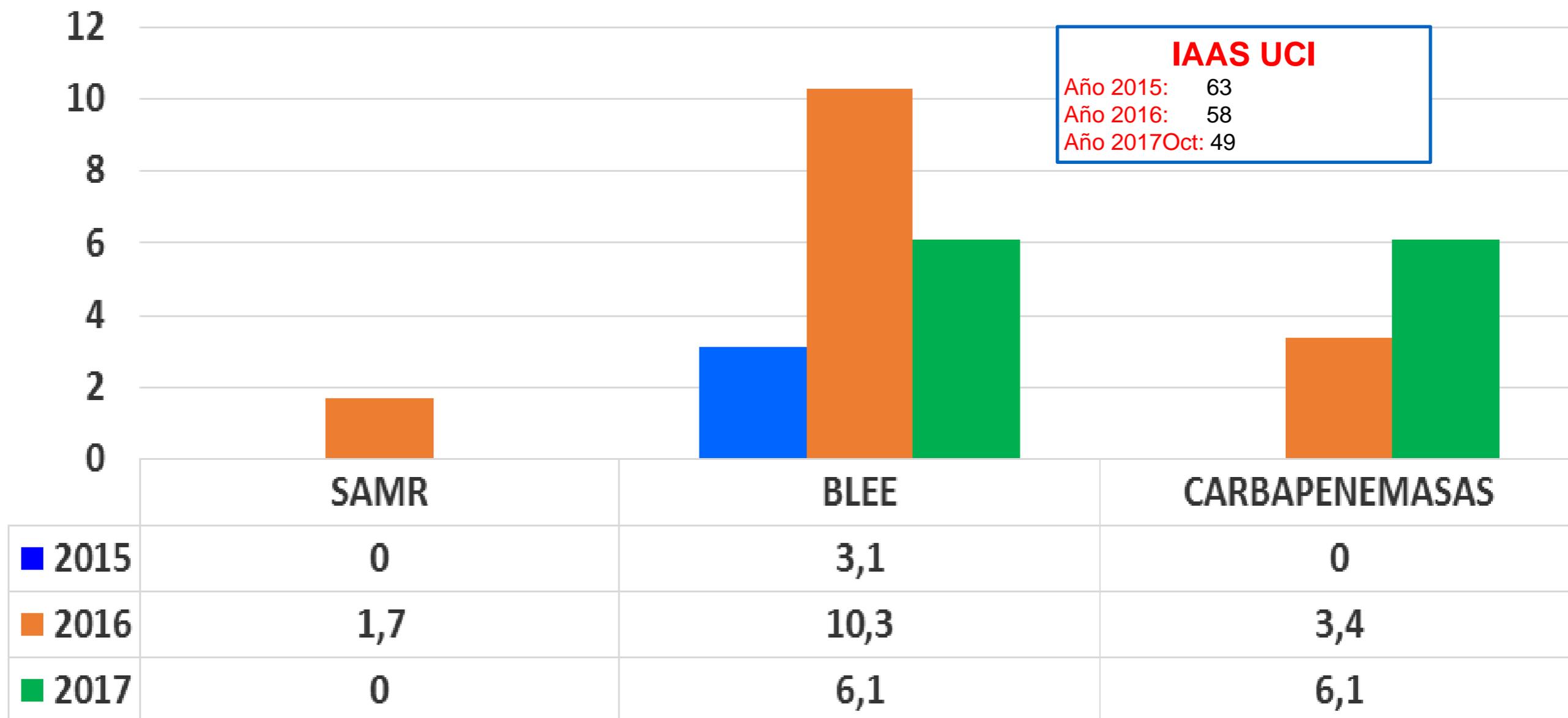
IAAS
 Año 2015: 336
 Año 2016: 302
 Año 2017Oct: 302

	SAMR	BLEE	CARBAPENEMASAS
■ 2015	1,7	5	1,1
■ 2016	1,6	9,2	5,2
■ 2017	0,9	3,9	4,3

EXPERIENCIA CLINICA SHAIO

Resultados

Porcentaje de resistencia en infecciones intrahospitalarias UCI
Clínica Shaio 2015-Oct 2017



CONCLUSIONES

- Las instituciones deben conocer su epidemiología hospitalaria para determinar cuales agentes microbiológicos son objeto de aislamiento hospitalario.
- El aislamiento hospitalario es reconocido como una de las medidas importantes en el manejo y contención de brotes.



CONCLUSIONES

- El control y prevención exitoso de las infecciones intrahospitalarias requiere de un abordaje integral a través de múltiples estrategias como son: higiene de manos, limpieza y desinfección, “Bundle”, aislamiento hospitalario, entre otros.



CONCLUSIONES

- No es suficiente tener los insumos, materiales y tecnología para identificar agentes de interés epidemiológico si no se cuenta con la cultura de seguridad en el abordaje de los pacientes.



CONCLUSIONES

- El manejo inadecuado del aislamiento hospitalario incrementa costos, estancia hospitalaria y riesgo de colonización a otros pacientes.



CONCLUSIONES

- No se debe pensar el término aislamiento como “aislar al paciente” realmente se optimiza el uso de EPP para cortar cadena de transmisión de un agente microbiológico.



NO DURANTE MI TURNO.*

El problema de las IAAM es de vital importancia para todo centro de salud y paciente.

- En un momento dado, 1.4 millones de personas en el mundo sufren infecciones adquiridas en los hospitales.

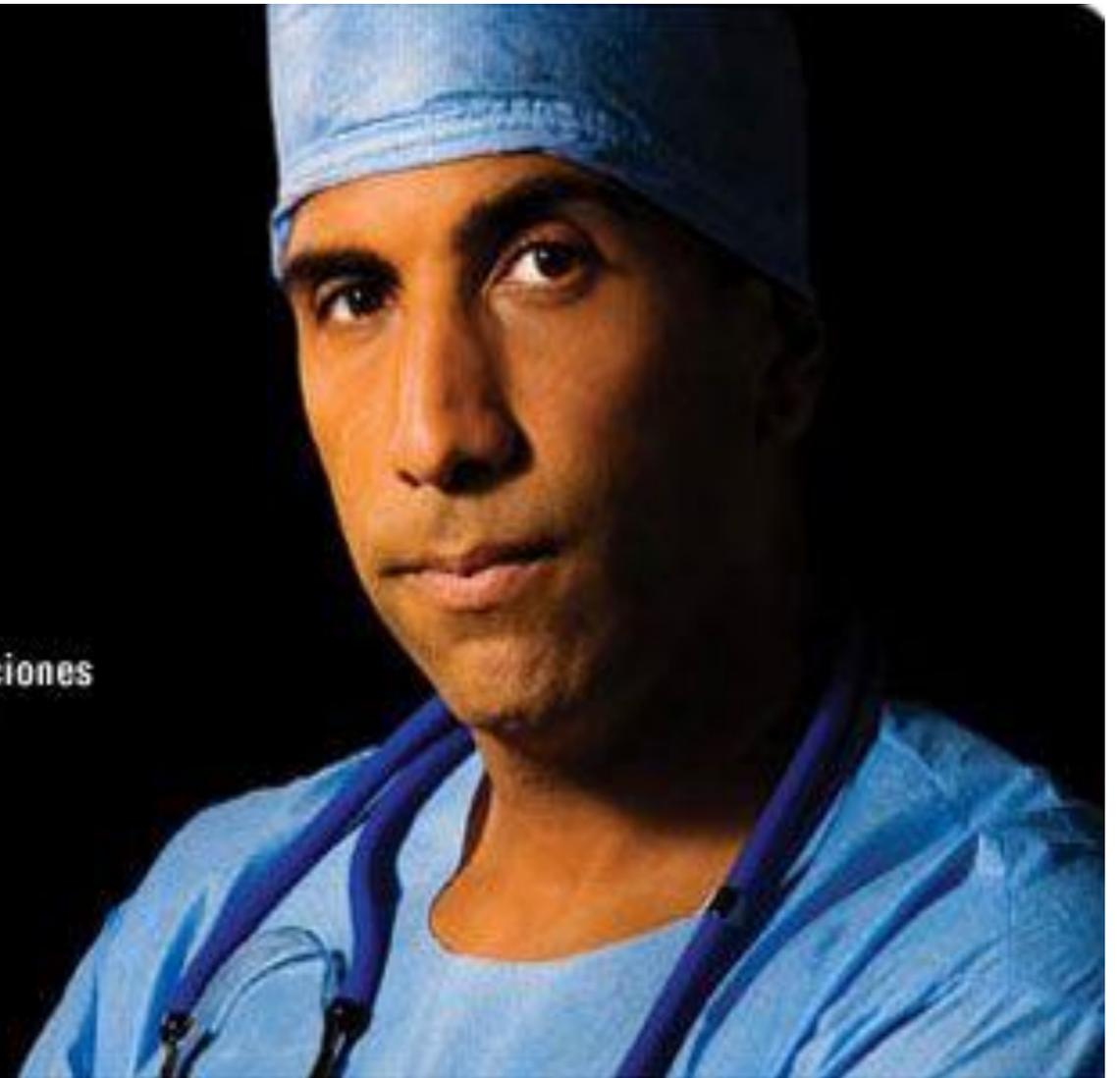


Imagen tomada Kimberly-Clark

Gracias

