

# Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones

Informe de la Segunda Reunión de la Red  
Oficiosa de Prevención y Control de  
Infecciones en la Atención Sanitaria

26 y 27 de junio de 2008  
Ginebra (Suiza)

# **Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones**

Informe de la Segunda Reunión de la Red  
Oficiosa de Prevención y Control de  
Infecciones en la Atención Sanitaria

26 y 27 de junio de 2008  
Ginebra (Suiza)



**Organización  
Mundial de la Salud**

## Agradecimientos

Este documento es fruto de la colaboración entre distintos departamentos de la OMS, liderada por la Unidad de Reducción de Riesgos Biológicos de Agentes Patógenos Peligrosos del Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias de la Sede de la OMS, y ha contado con importantes aportaciones de funcionarios de otros departamentos de la OMS y de las oficinas regionales, así como de muchos asociados que colaboran con la OMS en todo el mundo.

La OMS desea agradecer a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América su generoso apoyo económico a la elaboración y publicación del presente documento.

Asimismo, agradece la dedicación de los expertos mundiales que han contribuido a la preparación del presente documento (por orden alfabético):

Benedetta Allegranzi, Michael Bell, Richard Brown, Yves Chartier, Meena Nathan Cherian, Ana Paula Coutinho, Renu Dayal-Drager, Reuben Granich, Jerry Green Jnr, Kathleen Anne Holloway, Selma Khamassi, Jian Li, Mamunur Rahman Malik, Ziad A Memish, Cathryn Murphy, Fernando Otaíza, Shirley Paton, Carmen Lucia Pessoa-Silva, Rose Wong Pray, Nicoletta Previsani, Pilar Ramon-Pardo, Didier Pittet, Cathy Ellen Roth, Michael Ryan, Sharon Salmon, Fabio Scano, Wing Hong Seto, Julie Storr, Karin Weyer, Susan Wilburn, Celia Woodfill, Martin Yagui y Junping Yu.

### *Editores*

Fernando Otaíza y Carmem Pessoa-Silva

*Apoyo administrativo y secretarial*

Marina Appiah

*Edición técnica*

Heidi Mattock

### © Organización Mundial de la Salud, 2010

Se reservan todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación contiene la opinión colectiva de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente el criterio ni las políticas de la Organización Mundial de la Salud.

# Índice

<b>Resumen de orientación.....</b>	<b>iii</b>
<b>Siglas.....</b>	<b>v</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1 Propósitos de la reunión.....	2
1.2 Deliberaciones durante la reunión.....	3
1.3 Declaración de intereses.....	4
1.4 Documentos consultados por los participantes.....	4
<b>2. Alcance de los programas de PCI en la atención sanitaria y consideraciones generales:     resumen de las deliberaciones.....</b>	<b>5</b>
2.1 Alcance de los programas de PCI.....	5
2.2 Consideraciones y supuestos para las deliberaciones.....	5
<b>3. Componentes básicos de los programas de PCI: descripción.....</b>	<b>9</b>
3.1 Organización de los programas de PCI.....	9
3.2 Directrices técnicas.....	12
3.3 Recursos humanos.....	13
3.4 Vigilancia de las IAS y evaluación de la observancia de las prácticas de PCI.....	15
3.5 Apoyo del laboratorio de microbiología.....	19
3.6 Medio físico.....	20
3.7 Seguimiento y evaluación de los programas de PCI.....	22
3.8 Vínculos con los servicios de salud pública y otros servicios.....	23
<b>4. Componentes básicos de los programas de PCI: programa de investigaciones.....</b>	<b>25</b>
4.1 Conocimientos y planes de estudios para la formación de profesionales del control de infecciones.....	25
4.2 Razón entre profesionales de control de infecciones y carga de trabajo.....	25
4.3 Estrategias de ejecución.....	25
4.4 Aplicabilidad de los componentes básicos.....	26
<b>Anexo 1</b>	
Lista de participantes.....	27
<b>Anexo 2</b>	
Documentos consultados por los participantes.....	29
<b>Anexo 3</b>	
Programa de la Segunda Reunión de la Red Oficiosa de Prevención y Control de Infecciones en la Atención Sanitaria.....	32



## Resumen de orientación

La segunda reunión de la Red Oficiosa de Prevención y Control de Infecciones en la Atención Sanitaria se celebró los días 26 y 27 de junio de 2008, en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra (Suiza). Asistieron a la reunión 28 participantes, entre ellos seis expertos externos, ocho funcionarios de unidades de la sede de la OMS y representantes de cuatro oficinas regionales de la OMS.<sup>1</sup>

El objetivo de la reunión consistía en definir los componentes básicos de la prevención y el control de infecciones (PCI) para los programas nacionales y los programas de los establecimientos sanitarios del nivel local, a fin de contribuir al fortalecimiento de la capacidad de prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAS) y preparar una respuesta eficiente a las emergencias en las que intervienen enfermedades transmisibles, como las epidemias.

En el presente informe se resumen las conclusiones de los participantes durante las deliberaciones acerca del ámbito de los programas de PCI y las consideraciones necesarias para la descripción de los componentes básicos de esos programas. Durante las deliberaciones se debatieron la prevención de las IAS entre pacientes, personal sanitario y visitantes; la preparación de los sistemas de atención sanitaria para la detección y la gestión tempranas de las epidemias y la respuesta efectiva a éstas; la coordinación de la respuesta comunitaria a las enfermedades infecciosas; la prevención de la aparición de la resistencia a los antimicrobianos o la propagación de cepas resistentes, y la reducción al mínimo de los efectos de las IAS en el entorno. Los componentes básicos definidos por los participantes en la reunión se resumen en el cuadro 1.

Se determinaron algunas prioridades en relación con las investigaciones:

- aptitudes y plan de estudios para la capacitación de los profesionales del control de infecciones;
- razón óptima entre profesionales del control de infecciones y carga de trabajo;
- estrategias para la ejecución de nuevos programas de PCI, y
- aplicabilidad de los componentes básicos a los distintos tipos de sistemas y establecimientos sanitarios y otras condiciones de los centros de atención de salud.

El presente informe representa la opinión de un grupo de expertos sobre los componentes básicos que ha de tener un programa de PCI en el nivel nacional y en los establecimientos sanitarios. La reunión contribuyó al establecimiento de prioridades para la elaboración de esos programas, particularmente en el nivel nacional, y generó además elementos estratégicos para la revisión de las directrices existentes a este respecto, estableciendo con ello una guía para seguir avanzando en este ámbito.

---

<sup>1</sup> La lista de participantes figura en el anexo 1.

**Cuadro 1. Resumen de los componentes básicos de los programas de prevención y control de infecciones**

<b>Categoría</b>	<b>Componentes</b>
<b>Organización de programas de PCI</b>	Una estructura responsable de las políticas, los objetivos, las estrategias, el marco jurídico y técnico y el seguimiento. Existencia de personal técnico calificado con dedicación exclusiva y con responsabilidades, ámbito de trabajo y funciones bien definidos. Presupuesto suficiente para costear las actividades programadas.
<b>Directrices técnicas</b>	Elaboración, difusión y aplicación de directrices técnicas basadas en datos objetivos para la prevención de los riesgos o las infecciones pertinentes, con adaptación a las condiciones locales.
<b>Recursos humanos</b>	Capacitación de todo el personal sanitario en PCI y formación especializada de profesionales de control de infecciones. Suficiente personal responsable de iniciativas de PCI. Estudio de los riesgos biológicos y aplicación de medidas preventivas.
<b>Vigilancia de las infecciones y evaluación del cumplimiento de las prácticas de PCI</b>	Establecimiento de prioridades en la vigilancia de las infecciones y los agentes patógenos, normalización de las definiciones de casos e implantación de métodos de vigilancia activos. Evaluación sistemática de la observancia de las prácticas de PCI. Detección de brotes y respuesta rápida.  Documentación de la situación de las IAS y las prácticas de PCI.
<b>Laboratorio de microbiología</b>	Normalización de las técnicas de laboratorio de microbiología.  Promoción de la interacción entre las actividades de PCI y el laboratorio de microbiología. Utilización de los datos microbiológicos para las actividades de seguimiento y de PCI.  Establecimiento de normas de bioseguridad en el laboratorio.
<b>Medio físico</b>	Requisitos mínimos para la PCI: agua limpia, ventilación, posibilidad de lavarse las manos, previsiones para la ubicación y el aislamiento de pacientes, almacenamiento del material estéril, condiciones de construcción o renovación.
<b>Seguimiento y evaluación de programas</b>	Seguimiento periódico, evaluación y notificación de resultados, procesos y estrategias de PCI en el nivel nacional y en los establecimientos de asistencia sanitaria. Promoción de la evaluación en un ambiente no punitivo.
<b>Vínculos con los servicios de salud pública y otros</b>	Vínculos entre los servicios de salud pública y los medios para los eventos de notificación obligatoria. Coordinación permanente con las actividades de gestión de desechos y saneamiento, bioseguridad, farmacia de antimicrobianos, salud ocupacional, pacientes y consumidores, y calidad de la atención sanitaria.

## Siglas

IAS	infecciones asociadas a la atención sanitaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PCI	prevención y control de infecciones
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SRAS	síndrome respiratorio agudo severo
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana



Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones  
Prevención y Control de Infecciones en la Atención Sanitaria  
Informe de la Segunda Reunión de la Red Oficiosa, 26 y 27 de junio de 2008, Ginebra (Suiza)

---

## 1. Introducción

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAS) representan un importante problema de salud pública debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la importante carga que imponen a los pacientes, el personal sanitario y los sistemas de salud. Las IAS se producen en todo el mundo y afectan a todos los países, con independencia de su grado de desarrollo.

Los tipos más comunes de IAS incluyen las infecciones de heridas quirúrgicas, el torrente sanguíneo, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En algunos contextos, también son corrientes la endometritis puerperal y las infecciones gastrointestinales. Las tasas de infección son más elevadas entre los pacientes con mayor susceptibilidad a causa de su edad (los muy jóvenes y las personas de edad avanzada), y están asociadas a la gravedad de la enfermedad subyacente, el uso de instrumentos y procedimientos invasivos, o los procedimientos que debilitan el sistema inmunitario (por ejemplo, la quimioterapia o los trasplantes).

Los brotes de IAS pueden tener graves consecuencias en los hospitales, y la transmisión desde los pacientes dados de alta, los visitantes y el personal también puede desencadenar brotes en la comunidad. La aparición de infecciones como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), las fiebres hemorrágicas de origen viral, la gripe aviar y la amenaza de la gripe pandémica ponen de relieve la necesidad de aplicar prácticas eficientes de control de enfermedades en los entornos de atención sanitaria. Entre las muchas enseñanzas extraídas a partir de las epidemias de SRAS está la de que los establecimientos sanitarios pueden actuar como amplificadores de brotes, aumentando el número de casos. Una preparación adecuada y una política institucional constante de prácticas higiénicas en la atención sanitaria con el fin de prevenir y controlar la propagación de agentes patógenos son pertinentes para el control de numerosos brotes de enfermedades transmisibles que pueden afectar a la comunidad.

La aparición y propagación de la resistencia a los antimicrobianos entre muchos microorganismos, como las cepas multirresistentes o extremadamente resistentes de *Mycobacterium tuberculosis* y bacilos Gram-negativos, ha dificultado mucho el manejo de muchas infecciones que antes podían tratarse con facilidad. Mientras que la resistencia a los agentes antimicrobianos supone un problema en la comunidad tanto como en los centros sanitarios, es particularmente importante en los hospitales, cuya población es sumamente susceptible y puede actuar como reservorio permanente de resistencia o como fuente de amplificación de la transmisión de bacterias resistentes en ausencia de programas eficaces de control de las infecciones.

Una proporción considerable de la carga de morbilidad atribuible a las IAS es prevenible, y muchas intervenciones de eficacia demostrada son de bajo costo. Las actividades y los programas de PCI han dado buenos resultados en el control de las IAS en distintos entornos de forma sostenible y con una relación costo-beneficio muy favorable. Muchos de esos programas surgieron a raíz de un brote o una crisis e incluyeron una respuesta caracterizada por un sólido respaldo y liderazgo político (local o nacional).

Aunque muchas organizaciones (por ejemplo, sociedades científicas, grupos profesionales, órganos gubernamentales, ONG) han producido documentos de política y normas en relación con la PCI en determinados centros de atención sanitaria, pocas han abordado los componentes que

deben tener los programas nacionales, y ninguna lo ha hecho de forma que integre los componentes de los programas nacionales y locales.

La evaluación de los planes de preparación de centros sanitarios para epidemias y pandemias durante el taller *Health care facility emergency preparedness and response to epidemics and pandemics* [Preparación para emergencias y respuesta a epidemias y pandemias en establecimientos sanitarios] organizado por la OMS en Tailandia en 2006, en el que participaron cuatro países, y la frecuencia de las solicitudes de orientación de las oficinas regionales de la OMS ponen de manifiesto que, entre los principales obstáculos que se oponen a la elaboración de planes y a la respuesta efectiva a las emergencias relacionadas con enfermedades transmisibles figuran la falta de capacidades establecidas de PCI en los centros sanitarios y las deficiencias de muchos programas nacionales de PCI. Se supone que las regiones, los países y las instituciones de atención sanitaria que disponen de programas de PCI estarán más capacitadas para responder a esas necesidades de forma más pertinente, oportuna y eficiente que aquellos que no los tienen. Esos programas de PCI también contribuirán a prevenir las infecciones endémicas asociadas a la atención sanitaria y a gestionar mejor los brotes de esas infecciones que provocan elevadas tasas de morbilidad y mortalidad y una pesada carga económica para los pacientes y las instituciones.

El objetivo de la iniciativa de la OMS PCI en la Atención Sanitaria es ayudar a los Estados Miembros a promover una atención de salud de alta calidad con un bajo riesgo de IAS para los pacientes, el personal sanitario y todas las personas asociadas al establecimiento de salud y su entorno, y alcanzar esos objetivos de manera eficaz en relación con el costo. La falta o la antigüedad de las recomendaciones sobre los componentes básicos que deben formar la base de los programas nacionales y locales de PCI fueron el motivo de la reunión de los expertos que forman la Red Oficiosa de PCI en la Atención Sanitaria, que viene prestando apoyo técnico a este programa de la OMS desde 2007. Se pidió a los expertos que definieran esos componentes y elaborasen una guía con prioridades establecidas para la elaboración de programas de PCI. La determinación de los componentes fundamentales de que deben constar todos los programas de PCI ayudará a elaborar programas en ese ámbito en distintos niveles del sistema sanitario, desde el ministerio de salud hasta cada establecimiento de atención sanitaria.

## 1.1 Propósitos de la reunión

Los propósitos de la reunión eran los siguientes:

- Determinar los componentes indispensables o básicos de los programas de PCI en los establecimientos sanitarios nacionales y locales a fin de contribuir a lo siguiente:
  - el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud mediante el establecimiento de actividades permanentes para prevenir las IAS;
  - la preparación y gestión de la respuesta a emergencias relacionadas con las enfermedades transmisibles, como epidemias y pandemias.
- Determinar los elementos necesarios para fortalecer una red de PCI a fin de contribuir a la coordinación y la difusión de conocimientos, estrategias y prioridades de investigación.

La presente reunión tuvo lugar en el contexto de los Objetivos Estratégicos 1, 5, 10 y 11 de la OMS, que son los siguientes:

- Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles;

- Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico;
- Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e informaciones fiables y accesibles, y
- Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.

La reunión contribuyó directamente a la aplicación de las siguientes resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, vinculadas al ámbito de la PCI:

- WHA48.13 sobre prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles: enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes;
- WHA51.17 y WHA58.27 sobre enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles: resistencia a los antimicrobianos y sobre mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos;
- WHA54.14 sobre la seguridad sanitaria mundial;
- WHA55.18, en la que se insta a los Estados Miembros a que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología;
- WHA56.19 y WHA58.5, en las que se insta a los Estados Miembros a que desarrollen y apliquen planes nacionales de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. La orientación en materia de medidas de control de infecciones es crucial para esos planes, y en la resolución WHA58.5 se pide al Director General de la OMS que evalúe los beneficios potenciales de las medidas de protección, sobre todo en los contextos de atención sanitaria;
- WHA60.26, en la que se insta a los Estados Miembros a que elaboren políticas y planes nacionales para aplicar el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores y establezcan los mecanismos y el marco jurídico adecuados para su aplicación, seguimiento y evaluación.

## **1.2 Deliberaciones durante la reunión**

El programa de la reunión figura en el anexo 3.

Los participantes designaron a Shirley Paton para el cargo de Presidenta y a Cathryn Murphy y Fernando Otaíza en calidad de Relatores.

Se hicieron dos presentaciones sobre actividades relacionadas con la PCI en la Sede y en las oficinas regionales de la OMS. Para delimitar el alcance de los debates ulteriores, se hicieron tres

presentaciones sobre experiencias nacionales o regionales en el establecimiento de componentes básicos de los programas de PCI.

Se celebró un debate general sobre el alcance de los programas de PCI en la atención de salud y las consideraciones que había que tener en cuenta en la descripción de los componentes básicos de esos programas. Todo ello figura en la sección 2.

Tras un debate acerca de las categorías generales de componentes básicos para los programas de PCI que habría que examinar, los participantes se dividieron en dos grupos, uno moderado por Susan Wilburn e integrado por todos los participantes de programas y oficinas regionales de la OMS, y el otro moderado por Shirley Paton y constituido por todos los expertos externos. Cada uno de los subgrupos confeccionó una lista de componentes básicos para cada una de las categorías generales, y las dos listas se combinaron después. Respecto de cada categoría general, se resume el marco de las deliberaciones y se incluye un cuadro que recoge los componentes básicos propuestos de la categoría correspondientes para las autoridades del nivel nacional y los establecimientos sanitarios del nivel local. Todo ello aparece en la sección 3. Las deliberaciones también generaron una lista de necesidades de investigación que se exponen en la sección 4.

El presente informe representa la opinión de un grupo de expertos sobre los componentes esenciales de un programa de PCI en el nivel nacional y en los establecimientos sanitarios locales. Contribuye a la determinación de prioridades para el desarrollo de esos programas. El informe contiene las opiniones colectivas de un grupo de expertos internacional y de personal de la Sede y de las oficinas regionales de la OMS, y no representa necesariamente las decisiones ni la política declarada de la Organización Mundial de la Salud.

### **1.3 Declaración de intereses**

Los expertos externos habían cumplimentado la declaración de intereses exigida por la OMS; no se observaron conflictos de intereses en relación con el tema de la reunión ni con la OMS.

### **1.4 Documentos consultados por los participantes**

Antes de la reunión y durante ésta, los participantes tuvieron acceso a documentos de la OMS y de otras fuentes relacionados con las cuestiones objeto de las deliberaciones. En el anexo 2 figura una lista de los documentos disponibles en la reunión.

## **2. Alcance de los programas de PCI en la atención sanitaria y consideraciones generales: resumen de las deliberaciones**

### **2.1 Alcance de los programas de PCI**

Los propósitos de la PCI en la atención de salud son los siguientes:

- Prevenir la aparición de IAS entre pacientes, personal sanitario, visitantes y otras personas asociadas a los establecimientos sanitarios.

Esas infecciones pueden ser:

- endémicas, asociadas o no al uso de instrumental o procedimientos durante la atención sanitaria;
  - epidémicas, originadas dentro de la población del establecimiento sanitario;
  - consecuencia de la transmisión de infecciones adquiridas en la comunidad a los pacientes ingresados en los establecimientos que prestan atención, lo que produce la amplificación de epidemias de infecciones adquiridas en la comunidad.
- Preparar a los establecimientos sanitarios para la detección temprana y la gestión de epidemias y organizar una respuesta rápida y eficaz;
  - Contribuir a una respuesta coordinada para controlar las enfermedades infecciosas adquiridas en la comunidad, sean endémicas o epidémicas, que puedan verse "amplificadas" por el sistema de atención de salud;
  - Contribuir a prevenir la aparición de resistencia a los antimicrobianos o la propagación de cepas de microorganismos resistentes, y
  - Reducir al mínimo el impacto ambiental de estas infecciones o su gestión.

Los componentes propuestos identificados como indispensables o básicos en los programas de PCI se limitan a aquéllos que los participantes consideraron de primordial importancia, por ser fundamentales, imprescindibles y necesarios para que todo programa de PCI alcance sus objetivos.

### **2.2 Consideraciones y supuestos para las deliberaciones**

#### **2.2.1 Epidemiología de las infecciones**

- Las principales fuentes de los agentes infecciosos que provocan IAS son:
  - los pacientes, sea la propia flora microbiana del paciente o la de otros pacientes;
  - el personal sanitario portador de agentes microbianos, y
  - el entorno inanimado.
- Las vías de propagación de las enfermedades transmisibles son análogas en los establecimientos sanitarios y en la comunidad; no obstante, las prácticas clínicas que

se siguen en los entornos sanitarios (por ejemplo, procedimientos invasivos, manipulación por el agente sanitario) pueden en sí mismas favorecer la propagación de agentes patógenos e infecciones.

- La mayoría de las IAS son endémicas y están asociadas a los factores de riesgo de cada paciente y a los procedimientos clínicos. Una pequeña proporción de IAS está asociada a epidemias. Esas epidemias pueden originarse en pacientes con enfermedades infecciosas que ingresan en el establecimiento, por contaminación de una fuente común en el establecimiento, o porque no se utilizan sistemáticamente técnicas asépticas en determinados procedimientos, lo que puede generar series de infecciones cruzadas por el mismo agente.
- Los factores de riesgo de las IAS son sumamente variados y específicos de cada tipo de infección. En general, los factores propios del huésped (como la edad y la gravedad de la enfermedad subyacente) son los principales factores determinantes en la mayoría de los tipos de IAS. Algunas prácticas de atención sanitaria como el uso y la manipulación de instrumental invasivo) están estrechamente asociados a la infección. Los factores de riesgo asociados al entorno inanimado, como la contaminación del aire, el agua o las superficies, desempeñan un papel de menor importancia en la mayoría de las IAS.

### **2.2.2 Falta de recomendaciones acerca de los componentes básicos**

- Son muy escasas las publicaciones con datos epidemiológicos sólidos que puedan utilizarse para determinar qué componentes son indispensables para los programas de PCI en cuanto a la eficacia en la reducción del riesgo de infecciones en el plano nacional o en el plano local del establecimiento sanitario, y ninguno de los estudios pertinentes es reciente.
- Algunas publicaciones de grupos de expertos, sociedades científicas u otros grupos de intereses proporcionan listas de propuestas de componentes basados en la experiencia o en otros criterios. La mayoría se refieren a los componentes que deben adoptar los centros sanitarios según las normas de los organismos de acreditación u otros requisitos, y muy pocos documentos ofrecen recomendaciones para los programas nacionales.

### **2.2.3 Distinción entre las funciones respectivas de los programas nacionales y locales con el fin de determinar los componentes básicos de los programas:**

- La autoridad sanitaria del nivel nacional debería, de forma directa o por delegación, regular, dar directrices, promover y supervisar el cumplimiento de la reglamentación.
- En el nivel local (establecimiento sanitario), debe prestarse la atención sanitaria de forma segura y eficiente a los pacientes, el personal sanitario y otros.

### **2.2.4 Los componentes de los programas nacionales y locales de PCI deben estar alineados y ser coherentes**

**2.2.5 Los componentes de la PCI pueden diferir atendiendo al tipo de atención prestada (por ejemplo, cuidados críticos, atención primaria).**

- La lista de componentes básicos producidos en la presente reunión tiene carácter general, y los componentes deben adaptarse según el tipo de atención.

**2.2.6 Las características de los componentes necesarios durante los períodos ordinarios no epidémicos pueden ser distintas de los que se requieren durante los brotes**

- Se examinaron ambas situaciones y se acordó que la inmensa mayoría de las IAS son endémicas, que éstas provocan la mayor carga de morbilidad en conjunto, que los brotes pueden prevenirse y que tienen más probabilidad de producirse en establecimientos sanitarios con una elevada tasa de IAS endémicas. Así, la descripción de los componentes se centra en lo siguiente:
  - la prevención de las infecciones endémicas asociadas o relacionadas de algún modo con el instrumental y los procedimientos;
  - la prevención y gestión de los brotes en los centros sanitarios o de la amplificación de brotes de infecciones adquiridos en la comunidad, y
  - la preparación de los establecimientos de salud para enfrentarse a epidemias de mayor escala.

**2.2.7 Los componentes básicos para los programas de PCI examinados en la presente reunión se exponen en las siguientes categorías:**

1. Organización de los programas de PCI
2. Directrices técnicas
3. Recursos humanos, con inclusión de lo siguiente:
  - capacitación
  - dotación de personal de los programas
  - cuestiones de salud ocupacional para el personal sanitario.
4. Vigilancia de la enfermedad y evaluación del cumplimiento de las prácticas de PCI
5. Apoyo de laboratorio de microbiología
6. Medio físico
7. Evaluación de programas de PCI
8. Vínculos con los servicios de salud pública y otros servicios o entidades de la sociedad.



**2.2.8 Los componentes son de muy diversa naturaleza y se expresan en forma de estructuras o procesos:**

- estructuras, por ejemplo, profesionales capacitados en control de infecciones, existencia de directrices técnicas;
- procesos, por ejemplo, capacitación, supervisión del cumplimiento de las prácticas preventivas.

### **3. Componentes básicos de los programas de PCI: descripción**

Durante las deliberaciones, los participantes definieron los componentes básicos de los programas de PCI dentro de las ocho categorías previamente delimitadas (sección 2.1.7). En la presente sección se describen los componentes básicos.

#### **3.1 Organización de los programas de PCI**

##### *Marco de las deliberaciones*

La organización de programas de PCI debe establecerse en los planos nacional y local, con designación de personas, objetivos y funciones claros y una determinación clara de responsabilidades. Los componentes básicos identificados en esta categoría se resumen en el cuadro 2.

##### **3.1.1 Deben establecerse los objetivos de las actividades y definirse el ámbito de éstas**

- Los objetivos deben incluir al menos los siguientes:
  - metas que es preciso alcanzar para las infecciones endémicas y epidémicas, y
  - observancia deseada de procesos y prácticas de eficacia conocida en la prevención de las IAS.
- Las actividades de PCI están relacionadas con las infecciones que se producen en:
  - pacientes
  - personal sanitario
  - visitantes.
- Las funciones de la PCI incluyen las siguientes:
  - vigilancia de las IAS;
  - observancia de técnicas asépticas eficientes en las prácticas de atención sanitaria, entre otras:
    - precauciones normalizadas
    - selección y uso apropiados de antisépticos
    - técnicas de los procedimientos clínicos.
  - elaboración de directrices y normalización de prácticas preventivas eficaces:
    - esterilización y desinfección del material clínico
    - precauciones en materia de aislamiento
  - gestión de brotes
  - capacitación de personal sanitario
  - evaluación de la observancia de las prácticas de PCI

- garantía de la adquisición de suministros suficientes.
- Debe especificarse la relación entre las actividades de PCI y otras actividades importantes. Algunas de ellas son las siguientes:
  - Prevención y contención de la resistencia a los antimicrobianos
  - Tuberculosis, VIH y otros programas de salud pública pertinentes
  - Bioseguridad en el laboratorio
  - Salud ocupacional
  - Calidad de la atención
  - Seguridad del paciente
  - Gestión de desechos y otras cuestiones medioambientales
  - Derechos del paciente.

### **3.1.2 La organización del programa debe incluir como mínimo lo siguiente:**

- Un equipo técnico designado de profesionales capacitados, encargado del control de infecciones en los niveles tanto nacional como local, del que deben formar parte:
  - profesionales médicos
  - profesionales de enfermería.
- Los equipos técnicos deben tener:
  - formación académica en control de infecciones
  - tiempo asignado de acuerdo con las tareas
  - autoridad para realizar las tareas necesarias de prevención y control de infecciones.
- Un presupuesto equilibrado con otras prioridades de salud y proporcionado a las actividades de PCI programadas.

### **3.1.3 El programa puede recurrir a la experiencia local y a los conocimientos obtenidos en intervenciones satisfactorias como base para la elaboración de estrategias**

Puede establecerse un sistema de documentación y difusión de iniciativas locales o nacionales que hayan tenido éxito para MOSTRAR ejemplos de cómo pueden aplicarse soluciones con buenos resultados dentro de los recursos, la cultura y el contexto existentes.

### **3.1.4 Coordinación con otros grupos que sean importantes interesados directos participantes en la elaboración de políticas, su ejecución o su evaluación**

Quizá sea necesario establecer un grupo oficial, un comité o una estructura equivalente que tenga contactos periódicos con el equipo técnico responsable del programa. Este grupo ofrece una plataforma multidisciplinaria técnica para las aportaciones, la cooperación, el apoyo y el intercambio de información. Otras tareas que puede realizar el grupo son revisar el contenido del

programa, promover la mejora de las prácticas, garantizar una capacitación adecuada, examinar los riesgos asociados a las nuevas tecnologías y evaluar periódicamente el programa.

- En el nivel nacional, este grupo puede incluir otros programas nacionales, organizaciones científicas profesionales (médicas, de enfermería, por ejemplo), laboratorios nacionales de referencia, autoridades ambientales, asociaciones de pacientes o centros de formación.
- En el nivel local, este grupo puede incluir dirigentes de los principales departamentos clínicos, servicios de enfermería, servicios de apoyo (por ejemplo, central de suministros, laboratorio de microbiología), administración, limpieza, saneamiento y servicios ambientales.
- La coordinación en ambos niveles puede incluir programas estratégicos como los relacionados con la tuberculosis, el VIH y otros.

## Cuadro 2. Organización de los programas de PCI: componentes básicos

<b>Nivel de organización</b>	
<b>Autoridad del nivel nacional</b>	<b>Establecimiento sanitario</b>
<p>Autoridad del programa establecido por la autoridad sanitaria nacional pertinente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personal calificado de dedicación exclusiva;</li> <li>▪ Ámbito y funciones definidos en materia de PCI;</li> <li>▪ Presupuesto suficiente para realizar las actividades y alcanzar los objetivos programados.</li> </ul>	<p>Autoridad líder calificada designada para la PCI en el establecimiento sanitario con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoridad delegada de la administración o su equivalente;</li> <li>▪ Personal calificado de dedicación exclusiva.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– profesional adiestrado en control de infecciones;</li> <li>– acceso a apoyo médico capacitado.</li> </ul> </li> <li>▪ Funciones y ámbito de la PCI definidos;</li> <li>▪ Presupuesto suficiente para realizar las tareas programadas.</li> </ul>
<p>Responsable de políticas, metas, estrategias, marco jurídico y técnico y seguimiento de la PCI</p>	<p>Responsable de organizar, aplicar y supervisar las prácticas en todo el establecimiento para la prevención y el control de las IAS endémicas y epidémicas</p>
<p>Representa la PCI en las relaciones con otros programas e interesados directos clave en el plano nacional</p>	<p>Representa la PCI en las relaciones con otros programas nacionales e interesados directos clave en el establecimiento sanitario</p>
<p>Responsable de los elementos de PCI de los planes de preparación y la coordinación de la respuesta a emergencias de salud pública debidas a enfermedades transmisibles (por ejemplo, pandemias)</p>	<p>Responsable de los elementos de PCI del plan de preparación y la respuesta a las emergencias de salud pública debidas a enfermedades transmisibles (por ejemplo, pandemias)</p>

IAS: infecciones asociadas a la atención sanitaria; PCI: prevención y control de infecciones.

## 3.2 Directrices técnicas

### *Marco de las deliberaciones*

Las medidas de PCI deben estar de conformidad con las pruebas objetivas disponibles de su impacto. El ámbito de la PCI ha acumulado considerables conocimientos acerca de la eficacia de las intervenciones preventivas, muchas de ellas sencillas y costoeficaces. La existencia de directrices técnicas nacionales proporciona un marco para aplicar prácticas basadas en pruebas objetivas.

La participación temprana de los interesados directos (es decir, las autoridades sanitarias, los establecimientos de salud, las sociedades científicas, las organizaciones de pacientes) en la elaboración de las directrices nacionales puede contribuir al consenso y ser pertinente durante las fases de ejecución.

Los componentes básicos definidos dentro de esta categoría se resumen en el cuadro 3.

### 3.2.1 El "conjunto básico de directrices de PCI" incluye lo siguiente:

- Precauciones habituales:
  - higiene de las manos
  - esterilización y desinfección del material médico
  - prevención y tratamiento de heridas debidas a instrumentos cortantes o punzantes.
- Detección temprana de la enfermedad y precauciones de aislamiento:
  - ubicación de los pacientes
  - uso de equipo de protección del personal.
- Técnicas asépticas y gestión de dispositivos para los procedimientos clínicos, según el ámbito de la atención

Puesto que el ámbito de las prácticas puede ser muy distinto en los establecimientos sanitarios según el tipo de atención que ofrezcan, las directrices deben dar prioridad a las prácticas más frecuentes o las más arriesgadas (por ejemplo, seguridad de las prácticas de inyección, uso de sondas permanentes y otros procedimientos invasivos).

- Gestión de desechos.

### 3.2.2 Las cuestiones básicas relacionadas con la salud del personal sanitario incluyen las siguientes:

- Pruebas de detección previas y posteriores al empleo para buscar afecciones que puedan poner al personal en riesgo
- Vacunaciones.

**Cuadro 3. Directrices técnicas: componente básico**

Autoridad del nivel nacional	Establecimiento sanitario
Elaboración y difusión de directrices técnicas nacionales que utilicen las mejores pruebas objetivas disponibles para la PCI para el conjunto básico de directrices (sección 3.2.1)	Adaptación y aplicación de las directrices técnicas nacionales en el nivel local
	Elaboración de directrices locales en la medida necesaria, por ejemplo las contenidas en el conjunto básico de directrices de PCI (sección 3.2.1)

PCI: prevención y control de infecciones.

### 3.3 Recursos humanos

#### *Marco de las deliberaciones*

Puesto que las actividades de atención sanitaria son en su mayoría realizadas directamente por personas, la variabilidad personal de las prácticas supone un reto, y la manera de proceder del personal sanitario es fundamental para los resultados. Los procedimientos clínicos que requieren el diagnóstico o el tratamiento pueden estar asociados a un riesgo de IAS para el paciente o el personal. Algunos procedimientos que están asociados a un riesgo de IAS, especialmente en contextos donde apenas hay sensibilización respecto de la PCI, pueden ser generalizados; modificar las prácticas aceptadas a fin de reducir el riesgo de IAS puede exigir cambios culturales y de conducta de magnitud considerable y requerir estrategias a medio y largo plazo.

Los componentes básicos incluidos en esta categoría se resumen en el cuadro 4.

#### 3.3.1 Capacitación

Las directrices proporcionan un marco técnico y la descripción de cómo debe realizarse un procedimiento clínico normalizado con el fin de reducir el riesgo de IAS; no obstante, la mera existencia de directrices no basta para garantizar que la práctica clínica común cumpla los requisitos.

Son muchos los factores que influyen en la uniformidad y la idoneidad de las prácticas normalizadas, y es más probable que un personal sanitario bien adiestrado siga los

procedimientos normalizados si cuenta con los medios para hacerlo (por ejemplo, recursos, estructura institucional, instalaciones).

La capacitación ofrecida al personal sanitario debe ser pertinente y relacionada con las tareas que debe realizar cada profesional. Pueden definirse tres categorías de recursos humanos en cuanto a la capacitación en PCI.

- **Profesionales del control de infecciones:** son los médicos, enfermeros y otros profesionales que pertenecen a los equipos técnicos responsables de las actividades de PCI en cualquier nivel. Los conocimientos y aptitudes de este grupo de profesionales incluyen los principios de la prevención y el control de infecciones, la vigilancia de las infecciones, la gestión de brotes y la supervisión de las prácticas clínicas.
- **Todo el personal sanitario que trabaja en la atención directa de los pacientes:** comprende al personal clínico (médicos, enfermeros, odontólogos, auxiliares médicos, entre otros), personal de laboratorio y personal auxiliar (por ejemplo, de limpieza) que prestan atención a los pacientes en cualquier nivel y deben realizar los procedimientos clínicos de tal forma que el riesgo de infección sea mínimo.
- **Otro personal que apoya al personal mencionado:** personal administrativo y de gestión (autoridades locales, administradores) responsables de la aplicación de las tareas de apoyo y de la supervisión de las políticas nacionales y locales.

### 3.3.2 Dotación de personal

Aunque el examen de esta cuestión quedaba fuera del ámbito de la reunión, se sabe que la razón entre número de agentes de salud y carga de trabajo (expresada como el número de camas del establecimiento, el número de ingresos u otra medida indirecta) está asociada a varios resultados de la asistencia sanitaria, como las tasas de infección. La dotación de profesionales de control de infecciones ha sido asociada a los resultados de los programas de PCI, donde las razones más altas están asociadas a mejores resultados. Sin embargo, aún no se ha determinado cuál es la razón óptima entre número de profesionales de PCI y carga de trabajo, en lo que se refiere a las tareas que hay que realizar para tener una repercusión positiva en el indicador de salud.

### 3.3.3 Riesgos biológicos

Los riesgos biológicos a que están expuestos los agentes de salud son importantes para la PCI por varios motivos.

- El personal sanitario está expuesto a numerosos agentes microbianos presentes en los pacientes. En algunos brotes, el personal sanitario se ha visto gravemente afectado y ha representado una elevada proporción de los casos notificados.
  - Algunos tipos de exposición pueden prevenirse mediante medidas sencillas, como las precauciones normalizadas. Otras pueden prevenirse mediante medidas de detección precoz y aislamiento de los pacientes de origen de la infección.
  - Algunas infecciones debidas a una exposición accidental pueden prevenirse si se gestionan debidamente con el uso de inmunoglobulinas u otras medidas, como en el caso de la hepatitis B.

– Algunas infecciones pueden prevenirse mediante vacunas.

- Los agentes de salud infectados pueden infectar a los pacientes.
- Los agentes de salud pueden ser portadores asintomáticos de agentes infecciosos y transmitirlos a los pacientes (por ejemplo, agentes infecciosos resistentes a los antimicrobianos).
- El personal sanitario manipula sustancias indicadas para los fines de la PCI, como ciertos desinfectantes, que pueden ser nocivos si se utilizan incorrectamente.

Los programas de PCI guardan estrecha relación con muchas actividades de los programas de salud ocupacional y deben trabajar de forma coordinada.

#### **Cuadro 4. Recursos humanos: componentes básicos**

<b>Autoridad del nivel nacional</b>	<b>Establecimiento sanitario</b>
Determinar el contenido y los elementos necesarios para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacitación básica de todo el personal sanitario en PCI</li> <li>• La capacitación especializada del personal encargado del control de infecciones (equipos técnicos)</li> </ul>	Proporcionar capacitación inicial y periódica en PCI a todo el personal sanitario
Definir las normas para la dotación de personal adecuada de los equipos técnicos de PCI	Dar acceso a los profesionales del control de infecciones a capacitación especializada
Abordar los riesgos biológicos, definir medidas preventivas y establecer vínculos con otros programas y actividades de salud ocupacional	Dotar debidamente de personal a los equipos técnicos en cuanto a número, conocimientos y capacitación  Adaptar y aplicar medidas para prevenir riesgos biológicos entre el personal durante los procesos de atención sanitaria

PCI: prevención y control de infecciones.

### **3.4 Vigilancia de las IAS y evaluación de la observancia de las prácticas de PCI**

#### *Marco de las deliberaciones*

##### **3.4.1 Vigilancia de las IAS**

Las actividades de PCI deben responder a las necesidades reales. A fin de cumplir los objetivos de los programas de IPC, deben existir sistemas de vigilancia de las IAS y del cumplimiento de las prácticas de PCI. Esos sistemas también contribuirán a la evaluación del impacto de las



intervenciones de PCI. Las actividades de vigilancia llevan mucho tiempo, y deben compaginarse con el tiempo que requieren las actividades de prevención y control. Los sistemas de vigilancia más avanzados también necesitan procedimientos y datos de laboratorio de microbiología de calidad para la identificación de los agentes etiológicos y determinación de las pautas de resistencia a los antimicrobianos.

Los componentes básicos incluidos en esta categoría se resumen en el cuadro 5.

La vigilancia debe tener objetivos claros. Como mínimo, debe proporcionar información para lo siguiente:

- describir la situación de las infecciones asociadas a la atención de salud (es decir, incidencia o prevalencia, tipo, etiología, gravedad, carga de morbilidad atribuible)
- determinar las poblaciones, los procedimientos y las vías de exposición de alto riesgo
- detectar precozmente los brotes
- evaluar el impacto de las intervenciones.

Existen varios modelos de vigilancia de las IAS en distintos contextos, principalmente en los establecimientos que atienden afecciones agudas (hospitales) y en las hospitalizaciones prolongadas. Todos esos modelos incluyen lo siguiente:

- los objetivos de la vigilancia
- un conjunto normalizado de definiciones de casos
- un método para la detección de infecciones (numeradores)
- un método para determinar la población expuesta (denominadores)
- el proceso de análisis de datos e informes, incluidos los datos de numeradores y denominadores y el cálculo de tasas
- algunos modelos incluyen un método para evaluar la calidad de los datos.

La mayoría de los sistemas seleccionan algunas infecciones pertinentes para la vigilancia; actualmente no suele practicarse la vigilancia de todas las infecciones (“vigilancia total”). Debería existir un proceso para decidir las prioridades en materia de vigilancia; a menudo, las IAS seleccionadas con fines de vigilancia incluyen las que son prevenibles, en especial las siguientes:

- las infecciones que pueden convertirse en epidémicas en el establecimiento sanitario;
- las infecciones en las poblaciones vulnerables, como los recién nacidos, los quemados, los ingresados en unidades de cuidados intensivos y las personas inmunodeficientes;
- las infecciones que pueden tener resultados graves, como las que tienen una elevada letalidad, y las infecciones causadas por agentes patógenos multirresistentes;
- las infecciones asociadas a ciertos dispositivos invasivos o procedimientos concretos, como el uso de dispositivos intravasculares, sondas urinarias permanentes o intervenciones quirúrgicas, entre otros;
- las infecciones que pueden afectar al personal sanitario en entornos clínicos, de laboratorio y otros.

Los métodos de detección de infecciones deben ser activos. Debe desalentarse la vigilancia pasiva debido a su escasa sensibilidad. Se han propuesto distintas estrategias de vigilancia, como las siguientes:

- estudios de la prevalencia;
- estudios de la incidencia, con modelos como la vigilancia orientada al lugar, la orientada al departamento o la orientada a las prioridades.

### **3.4.2 Evaluación de la observancia de las prácticas de PCI**

Las intervenciones de PCI pueden exigir la práctica uniforme de procedimientos preventivos como la higiene de las manos, la protección de las vías respiratorias, el uso de profilaxis antimicrobiana quirúrgica y la manipulación aséptica de dispositivos invasivos. La forma en que se realizan esos procedimientos depende de las decisiones que adopte cada profesional sanitario y de la disponibilidad de recursos suficientes. Para determinar las desviaciones de los requisitos y mejorar el desempeño y la observancia, es preciso evaluar con frecuencia las prácticas de trabajo, mediante la observación directa de los procedimientos u otros métodos.

**Cuadro 5. Vigilancia de las IAS y evaluación de la observancia de las prácticas de PCI: componentes básicos**

<b>Autoridad del nivel nacional</b>	<b>Establecimiento sanitario</b>
Coordina, acopia y documenta los datos sostenibles sobre IAS en el nivel de país	Documenta la situación de las IAS y los procesos de PCI en el establecimiento
Define los objetivos nacionales de la vigilancia	Define los objetivos locales de la vigilancia, de conformidad con los objetivos nacionales
Determina las prioridades en la vigilancia de las infecciones, los agentes patógenos y otros	Determina las prioridades en la vigilancia, de acuerdo con el alcance de la atención prestada en el establecimiento
Determina qué datos deben proporcionársele y en qué formato	Establece los registros mínimos necesarios para los expedientes médicos utilizados con fines de vigilancia y supervisa el cumplimiento
Informa a las partes interesadas sobre la situación nacional de las IAS y los incidentes especiales	Practica la vigilancia aplicando definiciones de casos y métodos de vigilancia de infecciones normalizados en el plano nacional
Normaliza: <ul style="list-style-type: none"> <li>• las definiciones de casos</li> <li>• los métodos de vigilancia.</li> </ul>	Detecta brotes y coordina la respuesta correspondiente
Promueve la evaluación de las prácticas de PCI y otros procesos pertinentes en una cultura institucional libre de culpabilización	Notifica las IAS y los incidentes a las partes interesadas locales y las autoridades de salud pública de acuerdo con la reglamentación
	Efectúa la evaluación de las prácticas de PCI y otros procesos pertinentes en una cultura institucional libre de culpabilización

IAS: infección asociada a la atención sanitaria; PCI: prevención y control de infecciones

### 3.5 Apoyo del laboratorio de microbiología

#### *Marco de las deliberaciones*

El apoyo del laboratorio de microbiología tiene varias repercusiones para los pacientes y para los programas de PCI. La identificación y caracterización del agente etiológico responsable de una infección es importante para que los clínicos puedan decidir entre una u otra opción de tratamiento con el fin de mejorar los resultados para el paciente y al tiempo reducir el período de infectividad de muchos agentes. Para los programas de PCI, esa información es especialmente útil para la detección precoz de algunos brotes en los que los casos se describen mediante la identificación del agente patógeno responsable o por una pauta clara de resistencia a los antimicrobianos. Asimismo proporciona datos sobre la epidemiología local de las IAS. El apoyo del laboratorio de microbiología también proporciona información pertinente para las políticas sobre el uso de agentes antimicrobianos.

Los componentes básicos incluidos en esta categoría se resumen en el cuadro 6.

Para los programas de PCI, hay muchas cuestiones importantes asociadas a la interpretación de los datos de los laboratorios de microbiología clínica y que pueden provocar sesgos importantes. Entre ellas figuran las siguientes:

- La calidad de las técnicas del laboratorio de microbiología debe estar asegurada a fin de obtener datos válidos para las decisiones clínicas y el uso epidemiológico.
- Los departamentos y servicios clínicos deben disponer de procedimientos adecuados para la recogida y el traslado de muestras al laboratorio de microbiología.
- La información de los laboratorios de microbiología clínica debe ser analizada con el fin de diferenciar las IAS de las infecciones adquiridas en la comunidad, distinguir los casos de infección por colonización y evitar el doble recuento de los casos en los que se ha examinado más de un cultivo.
- El análisis de los datos del laboratorio de microbiología, generalmente acopiados para decisiones y fines relativos a la atención de los distintos pacientes, puede generar información acerca de la etiología o las pautas de resistencia a los antimicrobianos de las infecciones más graves y no necesariamente de todas las infecciones o de las predominantes.

Los procedimientos de laboratorio pueden acarrear un riesgo de infección para las personas que trabajan en la cadena de obtención, manipulación o estudio de muestras. Para reducir al mínimo el riesgo de infección en los entornos de laboratorio, deben existir normas apropiadas de bioseguridad, que serán objeto de supervisión.

**Cuadro 6. Apoyo del laboratorio de microbiología: componentes básicos**

<b>Autoridad del nivel nacional</b>	<b>Establecimiento sanitario</b>
Normalizar las técnicas del laboratorio de microbiología	Proporcionar servicios de laboratorio de microbiología de calidad
Promover la interacción entre las actividades de PCI y el laboratorio de microbiología	Vincular las actividades de PCI con las del laboratorio de microbiología
Establecer normas de bioseguridad en el laboratorio	Utilizar los datos microbiológicos para las actividades de vigilancia y de PCI Aplicar las normas de bioseguridad en el laboratorio

PCI: prevención y control de infecciones

### **3.6 Medio físico**

#### *Marco de las deliberaciones*

Son varias las cuestiones relacionadas con el entorno que tienen interés para la PCI. Las más pertinentes son las que tienen que ver con ciertas características del edificio y con las condiciones del establecimiento sanitario.

Los componentes básicos incluidos en esta categoría se resumen en el cuadro 7.

#### **3.6.1 Las actividades de atención al paciente deben realizarse en un entorno higiénico que facilite las prácticas preventivas y no las entorpezca**

El establecimiento sanitario debe proporcionar al menos lo siguiente:

- agua limpia para el consumo;
- acceso a medios para la higiene de las manos, con agua corriente y jabón en las zonas designadas para el cuidado de pacientes o en las que se realicen otros procedimientos de atención sanitaria;
- condiciones de limpieza e higiene en el establecimiento;
- zonas bien ventiladas;
- buena iluminación en las zonas donde se realizan los procedimientos de atención sanitaria.

Otros aspectos a los que hay que prestar atención debido a los factores ambientales pertinentes asociados al riesgo de infecciones son los siguientes:

- el lugar de almacenamiento de material estéril debe estar seco y libre de polvo;
- las obras de construcción y reforma en establecimientos sanitarios deben incorporar las debidas medidas de contención de polvo y partículas, especialmente si afectan a:
  - quirófanos
  - unidades de cuidados intensivos o de quemados
  - zonas que albergan a pacientes con inmunodeficiencia grave.
- Algunas actividades de PCI (por ejemplo, precauciones de aislamiento) pueden exigir que los pacientes con infecciones sean separados de otros pacientes.
  - En algunos casos, los pacientes con IAS pueden compartir habitación con otros afectados por la misma infección, por ejemplo por el adenovirus.
  - En el caso de algunas enfermedades, como la tuberculosis, deben ofrecerse ciertas condiciones ambientales concretas, como la ventilación.
  - En algunos casos quizá sea necesario situar al paciente en una habitación individual con ciertas condiciones de ventilación para prevenir la transmisión, por ejemplo las infecciones por cepas de M. tuberculosis multirresistentes o extremadamente resistentes.

#### **Cuadro 7. Medio físico: componentes básicos**

---

<b>Autoridad del nivel nacional</b>	<b>Establecimiento sanitario</b>
Definir los requisitos físicos para la PCI en los entornos de atención sanitaria: <ul style="list-style-type: none"><li>• agua limpia</li><li>• ventilación</li><li>• medios para el lavado de las manos</li><li>• ubicación de pacientes</li><li>• gestión de desechos médicos</li></ul>	Definir los riesgos de infección presentes en el entorno y proponer intervenciones en aspectos relacionados con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>• agua limpia</li><li>• ventilación</li><li>• medios para el lavado de las manos</li><li>• ubicación de pacientes y medios de aislamiento</li><li>• almacenamiento de material estéril</li><li>• construcciones o reformas</li><li>• gestión de residuos médicos</li></ul>

---

PCI: prevención y control de infecciones.

### 3.7 Seguimiento y evaluación de los programas de PCI

#### *Marco de las deliberaciones*

Los programas de PCI deben ser sometidos a evaluaciones periódicas para determinar en qué medida se están alcanzando los objetivos y las metas, si las actividades se están realizando de acuerdo con los requisitos y para determinar los aspectos que cabe mejorar. La evaluación también permite documentar la repercusión de los programas en lo que se refiere a los resultados definidos.

Entre los datos importantes que pueden utilizarse con este propósito figuran los indicadores epidemiológicos obtenidos por el sistema de vigilancia, los resultados de las evaluaciones de la observancia de las prácticas de PCI, otros indicadores de procesos como las actividades de capacitación y la asignación de recursos, obtenidos en auditorías y por otros medios.

Las políticas de PCI deben alentar la mejora y promover el aprendizaje a partir de la experiencia en un entorno institucional no punitivo, con lo que contribuirán a la obtención de mejores resultados en materia de atención del paciente y de calidad.

Los componentes básicos incluidos en esta categoría se resumen en el cuadro 8.

**Cuadro 8. Seguimiento y evaluación: componentes básicos**

<b>Autoridad del nivel nacional</b>	<b>Establecimiento sanitario</b>
Existe un mecanismo que proporciona informes periódicos sobre la situación de las metas (resultados y procesos) y estrategias nacionales	Informa periódicamente sobre la situación de las metas (resultados y proceso) y estrategias locales y el impacto de las actividades de PCI
Existe un mecanismo que vigila y evalúa periódicamente las actividades de PCI y la estructura de los establecimientos sanitarios mediante auditorías u otros medios reconocidos oficialmente	Vigila y evalúa periódicamente el cumplimiento de la reglamentación, las actividades y las intervenciones programadas
Promueve la evaluación del desempeño de los programas locales de PCI en un ambiente institucional no punitivo	Vigila y evalúa periódicamente la observancia de las prácticas clínicas  Promueve la evaluación del desempeño de las actividades del programa de PCI en un ambiente institucional no punitivo

PCI: prevención y control de infecciones.

### **3.8 Vínculos con los servicios de salud pública y otros servicios**

#### *Marco de las deliberaciones*

La mayoría de los establecimientos sanitarios forman parte de redes formales o informales de servicios con otras organizaciones, instituciones y establecimientos (por ejemplo, hospitales, laboratorios, centros de enseñanza). La comunicación entre ellos es importante en la planificación de respuestas coordinadas en caso de emergencia y para la transmisión de instrucciones, información o conocimientos.

Los componentes básicos incluidos en esta categoría se resumen en el cuadro 9.

- Con frecuencia existe una reglamentación nacional sobre la notificación de ciertas enfermedades transmisibles u otros incidentes de importancia para la salud pública a las autoridades locales, regionales o nacionales competentes.
- Las autoridades y otros servicios de salud pública necesitan disponer de vías de comunicación eficientes con los establecimientos sanitarios y otros proveedores de atención de salud a fin de difundir conocimientos, normas, estrategias o programas de salud pública u otra información. Estos vínculos son particularmente importantes:
  - durante los brotes en la comunidad que puedan afectar a los establecimientos sanitarios, porque éstos deban ocuparse de un número inesperadamente elevado de pacientes o porque puedan actuar como amplificadores de los brotes debido al mayor riesgo de infección para otros pacientes o agentes de salud, y
  - para la notificación de incidentes pertinentes poco habituales entre unos establecimientos y otros, como brotes o la aparición de un nuevo agente patógeno o de una importante pauta de resistencia a los antimicrobianos.

Los sistemas de vigilancia de infecciones basados en hospitales deben estar vinculados al sistema de vigilancia de infecciones de la salud pública. La información relativa a enfermedades de potencial interés debe ser comunicada de inmediato a las autoridades de salud pública. Esto está de conformidad con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005, que entraron en vigor en junio de 2007. El RSI exige que los Estados Miembros notifiquen a la OMS los incidentes que puedan representar una emergencia de salud pública de importancia internacional. Del mismo modo, las prácticas de control de infecciones en la atención sanitaria deben existir para los fines de la contención consecutiva a esos incidentes.



**Cuadro 9. Vínculos con los servicios de salud pública y otros servicios: componentes básicos**

<b>Autoridad del nivel nacional</b>	<b>Establecimiento sanitario (nivel local)</b>
Procedimientos definidos para los vínculos entre los servicios de salud pública y los establecimientos de atención sanitaria en los incidentes de notificación obligatoria (casos de infecciones, tasas de infección, brotes) y otras comunicaciones	Vínculos de comunicación establecidos con los servicios pertinentes de salud pública u otros servicios con el fin de notificar incidentes y recibir información  Representa la PCI en las relaciones con servicios encargados de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>• gestión de desechos y saneamiento</li><li>• bioseguridad</li><li>• farmacia de antimicrobianos</li><li>• salud ocupacional</li><li>• pacientes y consumidores</li><li>• calidad de la atención sanitaria</li></ul>

PCI: prevención y control de infecciones

## **4. Componentes básicos de los programas de PCI: programa de investigaciones**

Durante las deliberaciones, los participantes determinaron varias cuestiones que consideraron fundamentales y requerían mayor estudio con el fin de elaborar recomendaciones. A continuación se describen las cuatro principales.

### **4.1 Conocimientos y planes de estudios para la formación de profesionales del control de infecciones**

Hay pruebas y argumentos que apoyan la idea de que la participación de profesionales adiestrados en el control de infecciones en programas de PCI de establecimientos sanitarios está asociada a mejores resultados. Sin embargo, no están claros ni el contenido concreto ni los conocimientos específicos que se necesitan. Varias organizaciones (en su mayoría grupos profesionales asociados a la medicina y la enfermería en países donde los programas de PCI existen desde hace mucho tiempo) disponen de una capacitación y un plan de estudios básicos para los equipos técnicos de PCI. Es preciso describir y evaluar el contenido y las estrategias de formación y las aptitudes que han de tener los profesionales que participan en programas de PCI que acaban de iniciarse o que cuentan con recursos limitados.

### **4.2 Razón entre profesionales del control de infecciones y carga de trabajo**

El número de profesionales del control de infecciones, en particular personal de enfermería, respecto del número de camas (o de ingresos o cualquier otro indicador de la carga de trabajo) de un establecimiento sanitario está asociado al éxito de los programas de PCI. Es preciso estudiar cuál es la razón óptima entre el número de profesionales y la carga de trabajo en los programas de PCI que están comenzando o que cuentan con recursos limitados.

### **4.3 Estrategias de ejecución**

Existen numerosos estudios que demuestran la eficacia de ciertas intervenciones para la prevención y el control de las IAS endémicas y los brotes, como la existencia de una estructura de organización básica e infraestructura física, la promoción de un ambiente de seguridad, la aplicación de intervenciones basadas en pruebas objetivas y orientadas por las conclusiones de la vigilancia, el refuerzo del liderazgo y la retroinformación sobre el desempeño. Aún no se han descrito las mejores estrategias para el establecimiento de programas de PCI en el nivel local o el nacional, particularmente en contextos de escasos recursos.

#### **4.4 Aplicabilidad de los componentes básicos**

Los componentes básicos descritos en la sección 3 se determinaron durante consultas con expertos y con personal de las oficinas regionales de la OMS y programas e iniciativas de la OMS que se ocupan de cuestiones relacionadas con la PCI, basándose en su experiencia y en la documentación disponible (anexo 2). La aplicabilidad y la puesta en práctica de esos componentes debe supervisarse con el fin de determinar su influencia en los resultados de los programas de PCI para que puedan adaptarse en caso necesario. Se necesitan más estudios para determinar cuáles son los componentes que están asociados al éxito y que pueden utilizarse para fijar las prioridades de un programa de PCI o crear listas de comprobación para la evaluación de programas.

## Anexo 1

### Lista de participantes

#### Consultores temporeros

**Dr. Michael Bell**, Director Asociado de Control de Infecciones, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA 30333 (EE.UU.)

**Prof. Ziad A. Memish**, Jefe, Enfermedades Infecciosas del Adulto, Departamento de Medicina, Hospital de la Guardia Nacional King Fahad, Asuntos Sanitarios de la Guardia Nacional, Riyadh (Arabia Saudita)

**Dra. Cathryn Murphy**, Directora General, Infection Control Plus, West Burleigh (Australia)

**Sra. Shirley Paton**, Directora en funciones, Organismo de Salud pública del Canadá. Divisiones de Vigilancia de la Seguridad de los Productos Sanguíneos e Infecciones Adquiridas en la Atención Sanitaria, Ottawa (Canadá)

**Prof. Wing Hong Seto**, Jefe de Servicio, Departamento de Microbiología, Hospital Queen Mary, Universidad de Hong Kong, Hong Kong (RAE de Hong Kong)

**Dr. Martín Yagui**, Epidemiólogo Médico, Lima (Perú)

#### Oficinas Regionales de la OMS

**Dra. Celia Woodfill**, Coordinadora para AFRO, Epidemióloga, EPR/DDC, Brazzaville (Congo)

**Dr. Sk. Md. Mamunur Rahman Malik**, Coordinador para EMRO, Epidemiólogo, Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles, Unidad de Previsiones y Respuesta, División de Enfermedades Transmisibles, El Cairo (Egipto)

**Sra. Ana Paula Coutinho**, Coordinadora para EURO, Especialista Científica de Proyectos, Unidad de Enfermedades Transmisibles, Copenhague (Dinamarca)

**Sra. Sharon Salmon**, Coordinadora para WPRO, Oficial Técnico - Control de Infecciones, Viet Nam

#### Sede de la OMS

**Sr. Yves Chartier**, Oficial Técnico, Unidad de Agua, Saneamiento y Salud, Departamento de Protección del Medio Humano

**Dra. Meena Nathan Cherian**, Funcionaria Médica, Atención de Emergencia y Quirúrgica Esencial, Unidad de Procedimientos Clínicos, Departamento de Tecnologías Sanitarias Esenciales

**Dr. Renu Dayal-Drager**, Especialista Científico, Unidad de Reducción de Riesgos Biológicos de Agentes Patógenos Peligrosos, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias

**Dr. Reuben Granich**, Especialista Científico, Funcionario Médico, Unidad de Tratamiento Antirretrovírico y Atención del VIH, Departamento de VIH/Sida, Tuberculosis, Paludismo y Enfermedades Tropicales Desatendidas

**Sr. Jerry Green Jnr**, Pasante, Unidad de Salud Ocupacional y Ambiental, Departamento de Protección del Medio Humano

**Dra. Kathleen Anne Holloway**, Funcionaria Médica, Unidad de Política, Acceso y Uso Racional, Departamento de Políticas y Normas Farmacéuticas

**Dra. Selma Khamassi**, Funcionaria Médica, Unidad de Seguridad de las Transfusiones Sanguíneas, Departamento de Tecnologías Sanitarias Esenciales

**Dr Jian Li**, Funcionario Médico, Unidad de Reducción de Riesgos Biológicos de Agentes Patógenos Peligrosos, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias

**Dra. Rose Wong Pray**, Funcionaria Técnica, Unidad de Tuberculosis/VIH y Farmacorresistencia, Departamento de VIH/Sida, Tuberculosis, Paludismo y Enfermedades Tropicales Desatendidas

**Dra. Nicoletta Previsani**, Especialista Científica, Bioseguridad y Bioprotección en el Laboratorio, Unidad de Reducción de Riesgos Biológicos de Agentes Patógenos Peligrosos, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias

**Dr. Fabio Scano**, Funcionario Médico, Unidad de Tuberculosis/VIH y Farmacorresistencia, Departamento de VIH/Sida, Tuberculosis, Paludismo y Enfermedades Tropicales Desatendidas

**Dra. Julie Storr**, Funcionaria Técnica, Programa de Seguridad del Paciente, Departamento de Información, Pruebas Científicas e Investigaciones

**Sra. Susan Wilburn**, Funcionaria Técnica, Unidad de Salud Ocupacional y Ambiental, Departamento de Protección del Medio Humano

**Sr. Junping Yu**, Funcionario Técnico, Unidad de Seguridad de las Transfusiones Sanguíneas, Departamento de Tecnologías Sanitarias Esenciales

## **Secretaría de la OMS**

**Dr. Fernando Otaiza**, Funcionario Médico, Unidad de Reducción de Riesgos Biológicos de Agentes Patógenos Peligrosos, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias

**Dra. Carmen Lucia Pessoa-Silva**, Funcionaria Médica, Unidad de Reducción de Riesgos Biológicos de Agentes Patógenos Peligrosos, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias

**Dra. Cathy Ellen Roth**, Coordinadora, Unidad de Reducción de Riesgos Biológicos de Agentes Patógenos Peligrosos, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias

**Dr. Michael Ryan**, Director, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias

## **Apoyo administrativo de la OMS**

**Sra. Marina Appiah**, Secretaria, Unidad de Reducción de Riesgos Biológicos de Agentes Patógenos Peligrosos, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias

## Anexo 2

### Documentos consultados por los participantes

#### Documentos de la OMS

Adams J, Bartram J, Chartier Y. *Essential environmental health standards in health care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en la dirección [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241547239\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241547239_eng.pdf) (consultado el 14 de enero de 2009).

Ducel G, Fabry J, Nicolle L, eds. *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide*. Second edition (documento de la OMS WHO/CDS/CSR/EPH/2002.1.2). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias, 2002. Disponible en la dirección <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf> (consultado el 14 de enero de 2009).

Granich R, ed. *Normas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados* (documento de la OMS WHO/CDS/TB/99.269/1999). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999. Disponible en la dirección [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_TB\\_99.269.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_TB_99.269.pdf) (en inglés) (consultado el 14 de enero 2009).

Área Técnica de Vigilancia Sanitaria y de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad de Enfermedades Transmisibles. *Guía de evaluación rápida de programas de infecciones intrahospitalarias* (Documento OPS/DPC/CD/A/338/05). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2005. Disponible en la dirección <http://amro.who.int/Spanish/AD/DPC/CD/amr-guiaInfecIH.htm> (consultado el 14 de enero de 2009).

Salvatierra-Gonzalez R, ed. *Costo de la infección nosocomial en nueve países de América Latina.* (Documento OPS/DPC/CD/271/03). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2003. Disponible en la dirección <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/eer-amr-costo-infec-hospital.pdf> (consultado el 14 de enero de 2009).

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. Disponible en la dirección [http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf) (en inglés) (consultado el 14 de enero de 2009).

OMS. *Managing an injection safety policy. A framework to benchmark, assess, plan, implement and evaluate a national strategy for the safe and appropriate use of injections* (documento de la OMS WHO/BCT/03.01). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en la dirección [http://www.who.int/injection\\_safety/toolbox/en/ManagingInjectionSafety.pdf](http://www.who.int/injection_safety/toolbox/en/ManagingInjectionSafety.pdf) (en inglés) (consultado el 23 de enero de 2009).

OMS. *Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care (IMEESC) tool kit* [CD-ROM]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en la dirección: <http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html> (consultado el 14 de enero de 2009).

OMS. *Manual de bioseguridad en el laboratorio*, tercera edición (documento de la OMS WHO/CDS/CSR/LYO/2004.11). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias, 2004. Disponible en la dirección [http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO\\_CDS\\_CSR\\_LYO\\_2004\\_11/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_CSR_LYO_2004_11/en/).

OMS. Prevention of transmission of HIV. En: *Best practice protocols for clinical procedures safety*. Geneva, WHO/EHT/CPR, 2004, nuevo formato en 2007. Disponible en la dirección <http://www.who.int/surgery/publications/HIVprevention.pdf> (consultado el 14 de enero de 2009).

OMS. *Tuberculosis infection-control in the era of expanding HIV care and treatment*. Addendum to *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings*. Producido por cooperación entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU., el Plan de Emergencia del Presidente de los EE.UU. para el alivio del sida, la Organización Mundial y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007. Disponible en la dirección [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_TB\\_99.269\\_ADD\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_TB_99.269_ADD_eng.pdf) (consultado el 14 de enero de 2009).

OMS, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias. *Standard precautions in health care. Aide-memoire*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, octubre de 2007. Disponible en la dirección [http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR\\_AM2\\_E7.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf) (consultado el 23 de enero de 2009).

OMS, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias. *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care: WHO interim guidelines* (WHO document WHO/CDS/EPR/2007.6). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias, 2007. Disponible en la dirección [http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO\\_CDS\\_EPR\\_2007.6\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_CDS_EPR_2007.6_eng.pdf) (consultado el 14 de enero de 2009).

## Otras fuentes

Consejo Australiano de Normas en la Atención Sanitaria y Asociación Australiana de Control de Infecciones. *Fundamentals for infection control services. A resource tool for the evaluation & quality improvement program*. Nueva Gales del Sur, Consejo Australiano de Normas en la Atención Sanitaria y Asociación Australiana de Control de Infecciones, 2001.

Haley RW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985, 121:182–205.

Horan-Murphy E, et al. APIC/CHICA-Canada infection control and epidemiology: professional and practice standards. *Am J Infect Control* 1999, 27:47–51.

Improving Patient Safety in Europe (IPSE). *Guidance on infection control in healthcare settings in Europe: recommended practices, standards and indicators for monitoring the control of healthcare associated infections and antibiotic resistance*. Comunidad Europea, IPSE, 2008. Versión preliminar de fecha 15 de abril de 2008, disponible en la dirección <http://ipse.univ-lyon1.fr/Documents/IPSE%20WP2%20draft%20Deliverable%20D2.1%20pre%20network%20meeting.pdf> (consultado el 23 de enero de 2009).

Rasslan O, Heeg P. Infection prevention and control program organizational structure. Chapter 1. En: Friedman C, Newsom, W, eds. *Basic concepts of infection control*. Federación Internacional de Control de las Infecciones 2007.

Scheckler WE, et al. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals: A Consensus Panel report. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998, 19:114–124.

Departamento de Servicios Humanos del Gobierno de Victoria. Infection Control and Surveillance Programs (ICSPs): Effectiveness of ICSPs and preventability of hospital acquired infections. En: *Infection control. Literature review*. Departamento de Servicios Humanos del Gobierno de Victoria, Australia, 1998. Disponible en la dirección [http://www.health.vic.gov.au/data/assets/pdf\\_file/0014/20048/iclr.pdf](http://www.health.vic.gov.au/data/assets/pdf_file/0014/20048/iclr.pdf) (consultado el 14 de enero de 2009).



## Anexo 3

### Programa de la Segunda Reunión de la Red Oficiosa de Prevención y Control de las Infecciones en la Atención Sanitaria

#### 26 de junio

08:30 *Bienvenida*

Mike Ryan, Director de EPR.

Cathy Roth, Coordinadora de BDP.

Presentación de los participantes, objetivos, procedimientos y resultados previstos de la reunión.

Nombramiento del Presidente y el Relator.

09:00–09:30 *Exposición: Situación actual de la prevención y el control de las infecciones (PCI) en la OMS (Carmem Pessoa).*

09:30–10:30 *Marco de los debates*

Exposiciones sobre las experiencias para definir los componentes esenciales de la PCI en los países y las regiones (Shirley Patton, Ziad Memish, Michael Bell).

10:30–10:45 *Pausa*

10:45–12:00 *Debate sobre la definición de "componente básico"*

¿Qué son los "componentes básicos" de la PCI?

Otras consideraciones: el nivel de los elementos (básicos y de vanguardia) que contribuyen al diseño de una estrategia escalonada de desarrollo de los componentes y la necesidad de armonización de los componentes nacionales y locales.

12.00–13:00 *Almuerzo*

13:30–17:30 *Debate sobre los componentes básicos de la PCI*

Identificación de los componentes básicos de la PCI a nivel de los hospitales/local y a nivel nacional.

Descripción de los componentes y enumeración de los elementos fundamentales de cada componente.

Descripción de 1) el nivel básico y 2) el nivel más avanzado de los elementos fundamentales.

**27 de junio**

- 08:30 *Resumen de los componentes básicos de la PCI a nivel nacional y recomendaciones con respecto a la fijación de prioridades*
- 10:00 *Pausa*
- 10:30 *Resumen de los componentes básico de la PCI y recomendaciones con respecto a la fijación de prioridades*
- 11:45 *Recapitulación, recomendaciones e investigaciones necesarias*
- 12:30–13:30 *Almuerzo*
- 13:30 Red PCI: mandato y funcionamiento.
- 15:30 Clausura de la reunión de la red PCI.