

Deberán observarse estrictamente las técnicas asépticas en procedimientos habituales como aspiración de secreciones y lavados bronquiales.

Técnica aséptica en la aspiración de secreciones.

- ✓ Usar sonda estéril, solución estéril guantes estériles y cubrebocas para realizar la aspiración



- ✓ Nunca aspirar por sonda endotraqueal luego de haber aspirado por nariz o boca.

- ✓ Aspirar cuantas veces sea necesario y cambiar todo el material utilizado.

Aspectos incluidos en la Verificación

Técnica de Instubación endotraqueal

- ✓ Consentimiento informado y Justificación de la intubación
- ✓ Lavado de manos al para realizar procedimiento
- ✓ No más de 2 intentos por el mismo operador
- ✓ Uso de material estéril y mantenimiento del procedimiento aséptico, duración.
- ✓ Llenado de Cédula de Procedimiento.

Ventilación

- ✓ Seguimiento y valoración de los días y parámetros de ventilador
- ✓ Posición de la cama y aseo bucal
- ✓ Lavado de Manos y aplicación de medidas estándar
- ✓ uso de implementos estériles
- ✓ Evaluación de destete y estado de conciencia
- ✓ Evidencia en Expediente.

Recuerda que un manejo apropiado de las medidas de soporte ventilatorio contribuye a Prevenir y Controlar Infecciones Nosocomiales.

Atentamente
UVEPCIN.- 2022



Unidad de Vigilancia
Epidemiológica, Prevención y
Control de Infecciones
Nosocomiales



POTOSÍ
PARA LOS POTOSINOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2021-2027



HOSPITAL CENTRAL
"Dr. Ignacio Morones Prieto"

Lineamientos del Programa de Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales

Prevención de Neumonía Nosocomial

CONCEPTO

Es la Infección del Tracto Respiratorio Inferior que se desarrolla durante la hospitalización de un paciente, adquirida 48 hrs o más, después del ingreso del mismo, generalmente asociada a medidas de soporte ventilatorio.

EPIDEMIOLOGIA

Son la 2° causa más común de infección nosocomial y representan alrededor del 15% de las mismas, con una mortalidad asociada del 20 a 33% de los casos; incrementa los días estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos entre 4.3 a 6.1 días, al igual que los costos.

PATOGENESIS

Se desarrolla a partir de un proceso de colonización del tracto respiratorio superior, el cual a través de la aspiración de líquido orofaríngeo colonizado, vence paulatinamente las defensas locales como la filtración y humidificación inicial a la entrada de la vía aérea, los reflejos locales de la tos, la presencia de los cilios del epitelio respiratorio, y el sistema inmunitario celular y humoral locales, lo que determina el daño pulmonar y un mayor desarrollo bacteriano, acelerado por las medidas de apoyo ventilatorio.

ETIOLOGIA

Varía dependiendo del tipo de Institución, características del paciente manejado, así como la flora nosocomial, sin embargo predominan las de origen bacteriano, aunque puede ser también viral o micótica. En la Institución son más frecuentes: *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* y *S aureus*.

FACTORES DE RIESGO

- ❖ Intubación endotraqueal y ventilación mecánica
- ❖ Administración de antibióticos.
- ❖ Estancia en UCI
- ❖ Enfermedad pulmonar crónica subyacente.
- ❖ Posición supina.
- ❖ Colocación de sonda NG.
- ❖ Uso de antagonistas de H₂
- ❖ Inmovilización.
- ❖ Intubación y auto-extubación
- ❖ Cirugía de cabeza/cuello/tórax/abdomen superior
- ❖ Extremos de edad. (Niños, Adultos mayores)
- ❖ Desnutrición
- ❖ Inmunosupresión
- ❖ Enfermedad o condiciones subyacentes

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- ✓ Técnica adecuada de Lavado de Manos y medidas de aislamiento.
- ✓ Cambios frecuentes de posición para evitar éstasis de secreciones.
- ✓ Reducir el reflujo y la aspiración de bacterias gram negativas en todos los pacientes intubados.
- ✓ Elevar la cabecera 30 a 45° adulto y 15 a 30° en neonatos (a menos que este contraindicado) a todos los pacientes en especial aquellos con alimentación enteral.

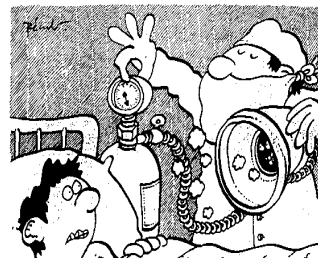
- ✓ Eliminar los elementos invasivos (tubos entéricos y endotraqueales), tan pronto como sea posible.



- ✓ Manejo apropiado de material y equipo de soporte ventilatorio,
- ✓ Esterilizar el equipo y dispositivos reutilizables en la terapia respiratoria. (borboteadores, nebulizadores, casco cefálico, etc.), lavado y procesamiento (desinfección de alto nivel con glutaraldehído) por un mínimo de 45 minutos antes de ser utilizado nuevamente.

- ✓ El equipo que ya no sea requerido por el paciente, deberá ser removido con oportunidad de la unidad del mismo (una vez que ya no sea necesario y no hasta el egreso del paciente) con el fin de que el equipo sea procesado y se encuentre disponible en condiciones adecuadas para ser utilizado con otros pacientes.

- ✓ Usar circuitos cerrados desechables y cambiar si se obstruye o se encuentra visiblemente manchado.



- ✓ Los borboteadores, nebulizadores y humidificadores:
 - Deben ser llenados inmediatamente antes de su uso con agua estéril.
 - La solución no debe permanecer más de 24 horas
 - No agregar sobre remanentes, debe descartarse el líquido residual.
 - Serán reemplazados sólo si la oxigenoterapia se prolonga por más de 7 días, por tanto deberán ser rotulados con la fecha de instalación para facilitar el control de cambios.



- ✓ Realizar aseo bucal y fijación de la cánula.
- ✓ Eliminar las secreciones subglóticas antes de desinflar el manguito y retirar el tubo endotraqueal.

- ✓ Evitar reflujo de líquido de condensación.

- ✓ el agua de condensación que se acumule en los tubos debe ser desechada de manera que no drene ni hacia el paciente ni a los contenedores de solución.

