
CONTENIDO

MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 499
(De viernes 28 de diciembre de 2001)

QUE CREA LOS COMITÉS TÉCNICOS NACIONAL, REGIONALES Y LOCALES PARA LA PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Resolución N° 510
(De viernes 28 de junio de 2019)

QUE ADOPTA LAS NORMAS DE MEDIDAS BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, PARA SU APLICACIÓN EN TODAS LAS INSTALACIONES DE SALUD DEL PAÍS.

Resolución N° 511
(De viernes 28 de junio de 2019)

QUE ADOPTA LAS NORMAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ), PARA SU APLICACIÓN EN TODAS LAS INSTALACIONES DE SALUD DEL PAÍS.

AVISOS / EDICTOS

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

Resolución No. 499 de 28 de Septiembre de 2001

Que crea los Comités Técnicos Nacional, Regionales y Locales para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales

EL MINISTRO DE SALUD,
en uso de sus facultades legales y

CONSIDERANDO:

Que es política del Ministerio de Salud fortalecer la coordinación sectorial e intersectorial, en materia de salud, y son muchos los elementos y procesos relacionados con la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales, que requieren de una estrecha coordinación.

Que la importancia de la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales se justifica, más que por su magnitud en la incidencia, por la severidad y alta mortalidad asociadas a ellas, así como por el incremento de los costos en salud.

Que con la globalización mundial, que conlleva un incremento en el movimiento de personas entre fronteras, existe un aumento en el riesgo de introducción de cepas microbianas, con patrones de resistencia diferentes.

Que la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales permite implementar medidas que prevengan el uso indiscriminado de antibióticos y, como consecuencia, la generación de cepas microbianas resistentes asociadas a una mayor morbimortalidad, cuyo tratamiento aumenta excesivamente los costos de la atención. Además, es un excelente indicador de calidad de la atención en las instalaciones de salud.

En consecuencia,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Se crea el Comité Técnico Nacional para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales.

ARTÍCULO SEGUNDO: El Comité Técnico Nacional estará integrado así:

1. Por el Ministerio de Salud:

- El Director General de Salud Pública o la persona que él designe, que **ejercerá la coordinación general del comité.**
- El Jefe del Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgo a la Salud y la Enfermedad.
- El Jefe del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población.
- El Jefe del Departamento de Instalaciones de Salud y Servicios a la Población.
- El Jefe del Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública.
- El Director Nacional de Promoción de la Salud.



- El Director Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
- El Director Nacional de Asesoría legal.
- El Jefe Nacional de Capacitación.
- El Coordinador del Comité Nacional de Bioseguridad.

2. Por la Caja de Seguro Social:

- El Director Nacional de Prestaciones Médicas.
- El Jefe de Epidemiología.
- El Jefe Nacional de Docencia.
- El Jefe de los Servicios de Laboratorio.

3. Un representante de cada una de las facultades que forman recursos humanos en salud, en la Universidad de Panamá.

4. Un representante de las universidades privadas que forman recursos humanos en salud.

5. El Presidente del Colegio Nacional de Laboratoristas Clínicos.

6. El Presidente de la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados.

7. El Presidente de la Asociación Nacional de Enfermeras.

8. El Presidente de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Panamá, que ejercerá la **Secretaría Técnica del Comité**.

9. El Presidente de la Asociación Médica Nacional.

Parágrafo: Cada miembro principal tendrá un suplente que lo reemplazará durante sus ausencias temporales.

Artículo Tercero: Los objetivos del Comité Técnico Nacional para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales son:

1. Fortalecer el desarrollo de acciones de prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales, para disminuir la magnitud, gravedad, trascendencia, así como los costos sociales y económicos, que afectan la salud y la calidad de vida de la población panameña.
2. Asesorar al Ministerio de Salud en el ejercicio de su función de ente regulador en el campo de la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.

Artículo Cuarto: Son funciones del Comité Técnico Nacional para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales :

1. Proponer al Ministerio de Salud el desarrollo de planes que permitan la ejecución de acciones preventivas de las infecciones nosocomiales, en todos los niveles de atención de la red pública y privada de salud.
2. Apoyar el desarrollo del sistema de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales, en el sistema nacional de salud.



3. Contribuir al proceso de mejoramiento y aseguramiento de la calidad de atención en salud, mediante el fomento de medidas de prevención y control de las infecciones nosocomiales, así como las de bioseguridad.
4. Coordinar, con las entidades formadoras de recursos humanos, la incorporación de contenidos académicos sobre prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
5. Proponer y apoyar los procesos de educación continua, orientados a fortalecer el conocimiento y mejorar el desempeño del personal de salud, en los aspectos de la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales y la educación a los usuarios de los servicios de salud.
6. Facilitar la actualización del Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales y evaluar el impacto de la implementación de las normas en el proceso.
7. Constituirse en un ente asesor, desde el punto de vista técnico y legal, en materia de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.

Artículo Quinto: Se Crean los Comités Regionales para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales, cuyos integrantes, en cada Región de Salud, serán:

1. Por el Ministerio de Salud:

- El Director Regional de Salud o su representante, que será el Coordinador General.
- El Administrador Regional o su representante.
- El Jefe Regional del Departamento de Provisión de Servicios de Salud o su representante.
- El Jefe Regional del Departamento de Salud Pública.
- El Jefe de **Epidemiología** Regional, que ejercerá la **Secretaría Técnica**.
- El Jefe Regional de Laboratorios o su representante.
- El Jefe Regional de Enfermería o su representante.
- El Jefe de Promoción de la Salud o su representante.
- El encargado de capacitación de la Región (UDR).

2. Por la Caja de Seguro Social:

- El Director Institucional o su representante.
- El Coordinador Institucional de Epidemiología.
- El Coordinador Institucional de Prestaciones Médicas.

3. El Coordinador o los coordinadores de los Comités de Infecciones Nosocomiales de los hospitales públicos y privados de la región.

Artículo Sexto: Son objetivos de los Comités Regionales para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales:

1. Desarrollar acciones de prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales, para disminuir su magnitud, gravedad, trascendencia y costos.



2. Vigilar la situación de la resistencia antimicrobiana en la región, para orientar, sobre bases científicas, en el uso adecuado de los antibióticos.
3. Asesorar al Director Regional de Salud en el ejercicio de su función reguladora en el campo de las infecciones nosocomiales.
4. Asesorar a los comités hospitalarios y del primer nivel de atención en el ejercicio de las funciones de prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales, según su competencia y complejidad.

Artículo Séptimo: Las funciones de los Comités Regionales para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales son:

1. Caracterizar la situación de las infecciones nosocomiales en la respectiva región de salud, describiendo y analizando su magnitud, gravedad, trascendencia y costos, así como los factores de riesgo que inciden en su ocurrencia.
2. Facilitar, actualizar y ejecutar el plan regional para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
3. Implementar el sistema de vigilancia de las infecciones nosocomiales, en todas las instalaciones de salud de la región.
4. Verificar el cumplimiento de las normas de prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
5. Desarrollar las acciones integrales para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales y de los factores de riesgo asociados.
6. Capacitar al personal de los niveles locales, ambulatorio y hospitalario, en los aspectos de prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales y educar a los usuarios de las instalaciones de salud.
7. Evaluar el impacto del plan operativo regional en el proceso de prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
8. Ofrecer asesoría técnica a todas las instancias regionales que lo requieran, en el campo de las infecciones nosocomiales.
9. Velar por el adecuado flujo de la información procedente de los servicios públicos y privados, necesarios para la elaboración periódica de la información.

Artículo Octavo: Se crean los Comités Locales para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales, en todas las instalaciones de salud, de acuerdo al tipo de instalación, así:

Los Comités Hospitalarios integrados por:

1. El Director Médico del Hospital o su representante, que ejercerá la **coordinación general** y tendrá, como parte de sus funciones, la de responder ante el Coordinador General del Comité Técnico Nacional ante cualquier evento que allí suceda.
2. El Director Administrativo del Hospital o su representante.



3. El Jefe del Servicio de Medicina Interna o su representante.
4. El Jefe del Servicio de Cirugía o su representante.
5. El Jefe del Servicio de Pediatría o su representante.
6. El Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia o su representante.
7. El Jefe del Servicio de Infectología o su representante, cuando este servicio esté funcionando en la instalación hospitalaria.
8. El encargado de epidemiología en el hospital o, en su defecto, el Jefe de Epidemiología Regional o su representante.
9. El Jefe del Laboratorio o su representante.
10. El Jefe de Enfermería o su representante.
11. El Jefe de los Servicios Generales o su representante.
12. El Jefe de Farmacia o su representante.
13. El Jefe de Nutrición o su representante.

La Secretaría Técnica del Comité Hospitalario para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales será ejercida por un funcionario del servicio de enfermedades infecciosas, o el encargado de Epidemiología del hospital, **para un período de cinco años.**

Los Comités de los Servicios Ambulatorios del Primer y Segundo Nivel de Atención, integrados así:

1. El Director Médico de la instalación de salud, que ejercerá la Coordinación General.
2. El coordinador Local de Epidemiología o su representante, que ejercerá la Secretaría Técnica.
3. El Jefe del Servicio de Enfermería o su representante, que ejercerá la suplencia de la Secretaría Técnica.
4. El Administrador de la instalación de salud.
5. El Jefe del Servicio de Laboratorio.
6. El Presidente del Comité de Salud o su representante.

Artículo Noveno: El objetivo principal de los Comités Locales para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales es ejecutar, en conjunto con el personal de salud de la instalación, las acciones específicas requeridas para la prevención, vigilancia y control de las infecciones Nosocomiales.

Artículo Décimo: Son funciones de los Comités Locales para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales:

1. Caracterizar la situación de las infecciones nosocomiales en la instalación de salud, describiendo y analizando su magnitud, gravedad, trascendencia, costos y factores de riesgo que inciden en su ocurrencia.
2. Actualizar, formular y ejecutar el plan operativo local para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales, así como de los riesgos que inciden en su ocurrencia.



3. Determinar el nivel de resistencia bacteriana de las principales bacterias asociadas a las infecciones nosocomiales en la instalación, según el servicio y el problema de salud de los pacientes afectados.
4. Analizar el impacto del uso indiscriminado de antibióticos en las infecciones nosocomiales.
5. Cumplir las normas regulatorias para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
6. Desarrollar y priorizar acciones integrales para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales y de los factores de riesgo asociados.
7. Desarrollar programas de capacitación continua para todo el personal, así como para los usuarios de las instalaciones, en los aspectos de prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
8. Evaluar el impacto del plan operativo local en el proceso de prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
9. Velar por el adecuado flujo de la información procedente de los servicios, necesaria para la elaboración periódica de los informes técnicos.

Artículo Undécimo: Las funciones de los Coordinadores Generales son:

1. Garantizar la participación de todos los miembros del comité en las reuniones, sesiones y grupos de trabajo.
2. Preparar la agenda de las reuniones y sesiones de trabajo.
3. Dirigir las reuniones y debates.
4. Dar seguimiento a los acuerdos administrativos y técnicos del comité.
5. Coordinar su labor con los comités ubicados en otros niveles jerárquicos.
6. Facilitar el desarrollo de las intervenciones priorizadas por el comité.
7. Garantizar el cumplimiento de las normas que regulen la materia.
8. Dar seguimiento a los programas de capacitación.

Artículo Duodécimo: Las Secretarías Técnicas ejercerán las siguientes funciones:

1. Convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias del comité.
2. Elaborar las actas o ayudas-memoria de las reuniones y sesiones de trabajo.
3. Coordinar el desarrollo de tareas específicas, con los grupos de trabajo que se organicen.
4. Dar seguimiento a los compromisos técnicos, asumidos por los miembros del comité.
5. Coordinar las actividades técnicas y de capacitación que desarrolle el comité.
6. Consolidar la información y presentar los informes técnicos a las autoridades correspondientes.



Página 7 de 7

Artículo Decimotercero: Los Comités Técnicos Nacional, Regionales y Locales para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales ejercerán sus funciones, de acuerdo a las normas que regulen la materia y los riesgos asociados.

Artículo Decimocuarto: Los Comités se registrarán por su reglamento interno, el cual deberá aprobarse en sesión ordinaria del respectivo Comité, noventa días después de su instalación.

ARTÍCULO TERCERO: Esta resolución empezará a regir desde su promulgación y deroga cualquier disposición que le sea contraria.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


Dr. Fernando Gracia García
Ministro de Salud



FGG/REK/GES/AdeY/michelle



ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

SECRETARIO GENERAL
MINISTERIO DE SALUD



**REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

RESOLUCIÓN No. 510

De 28 de Junio de 2019

Que adopta las normas de medidas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.

**EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,**

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que el artículo 2 del Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud, establece que le corresponde a esta Institución el estudio, formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud y supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el sector en concordancia con la planificación del desarrollo y mediante la coordinación de los recursos que se destinan o destinen para el cuidado de la salud.

Que en ese mismo sentido, el Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, señala como parte de las funciones generales el mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, a través del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población, lleva acabo la iniciativa de crear el Programa de Prevención, Vigilancia y Control de infecciones asociadas a la atención de salud y de desarrollar las normas de prevención de infecciones asociadas a la atención de salud en Panamá.

Que de acuerdo a la Política Nacional de Salud vigente, descrita en el Decreto Ejecutivo No.119 de 9 de mayo de 2017, es prioritario mejorar la calidad de los servicios de salud con la conformación y/o fortalecimiento de los Comités de Prevención, Vigilancia y Control de las infecciones asociadas a la atención de salud.

Que las infecciones asociadas a la atención de salud constituyen un problema de salud pública, con gran importancia clínica y epidemiológica, debido a que pueden condicionar un incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Que las normas de medidas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud han sido el producto del trabajo conjunto de funcionarios del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, de la asociación de clínicas y hospitales privados y de asociaciones gremiales, en cumplimiento de la Resolución N.º 499 de 28 de diciembre de 2001, que crea el Comité Técnico Nacional para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales.

Que la presente norma brinda lineamientos al personal que labora en las instalaciones de salud para que realice actividades de atención más seguras en los pacientes, aplicando medidas de prevención y control de infecciones,

RESOLUCIÓN No. 510 de 20 de junio de 2019.
Que adopta las normas para la prevención y control de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.
 Página No. 2

Que en virtud de lo antes expuesto,

RESUELVE:

Artículo Primero: Adoptar las normas de medidas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país, que se reproducen en el Anexo 1 y que forma parte integral de la presente resolución.

Artículo Segundo: Las instalaciones de salud del país podrán elaborar manuales y/o guías propias basadas en estas normas, con el fin de facilitarles la adecuación de sus procesos sin apartarse de lo normado.

Artículo Tercero: La presente resolución empezará a regir al día siguiente de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014 y Decreto Ejecutivo No.119 de 9 de mayo de 2017.

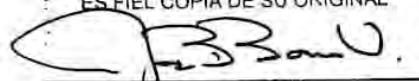
COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,


DR. MIGUEL A. MAYO DI BELLO
 Ministro de Salud





ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL


 SECRETARIA GENERAL
 MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 510 de 28 de Abril de 2019.

Que adopta las normas de medidas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.

ANEXO 1



ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

SECRETARIA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE INSTALACIONES Y SERVICIOS DE
SALUD A LA POBLACIÓN

**MARZO
2019**

**NORMAS DE MEDIDAS BÁSICAS
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL
DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN EN SALUD**

AUTORIDADES

MIGUEL MAYO
MINISTRO DE SALUD

ERIC ULLOA
VICEMINISTRO DE SALUD

NITZIA IGLESIAS
SECRETARIA GENERAL DE SALUD

ITZA BARAHONA DE MOSCA
DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA

FELICIA TULLOCH
SUBDIRECTORA GENERAL DE SALUD A LA POBLACIÓN

GRUPO TÉCNICO ORGANIZADOR

Dr. Carlos Gálvez	Jefe del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población. (DISSP)
Dra. Milagros Herrera	Técnico (Médico), del DISSP
Dr. Pedro Contreras	Técnico (Médico), del DISSP
Dra. Liliane Valdés	Técnico (Odontóloga), del DISSP
Mgter. Itzel S. de Martínez	Técnico (Enfermera), del DISSP

GRUPO ELABORADOR DE LA NORMA

Dra. Lisbeth Hayer	Departamento Nacional de Epidemiología, MINSA
Licdo. Joel Medina	Comité de IAAS, Hospital Santo Tomás
Dra. Susan Arosemena	Comité de IAAS, Hospital Santo Tomás
Dra. Gladys Guerrero	Coordinación Nacional de Infecciones Nosocomiales, CSS
Dra. Yanela Arcia	Coordinación Nacional de Infecciones Nosocomiales, CSS
Dra. Malena Urrutia	Comité de IAAS, Complejo Hospitalario Dr. A.A.M.. CSS
Licda. Mayra García	Comité de IAAS, Complejo Hospitalario Dr. A.A.M.. CSS
Lic. Carmen G. González	Comité de IAAS, Hospital de Especialidades Pediátricas, CSS
Lic. Omiceida Mendieta	Comité de IAAS, Hospital de Chepo, CSS

TABLA DE CONTENIDO

I.	Introducción	5
II.	Propósito	5
III.	Objetivos	5
IV.	Alcance	5
V.	Responsables	6
VI.	Conceptos básicos sobre transmisión	6
VII.	Precauciones estándar	7
	A. Higiene de manos	8
	B. Equipo de protección personal	13
	C. Prácticas de inyección segura	14
	D. Manejo de equipos e instrumentos/dispositivos para el cuidado del paciente	15
	E. Limpieza ambiental, manejo de desechos sólidos hospitalarios y textiles	16
	F. Higiene respiratoria y etiqueta de la tos	17
	G. Prácticas para procedimientos de punción lumbar	17
	H. Prácticas para seguridad de trabajadores de la salud	17
VIII.	Precauciones según mecanismo de transmisión	18
	A. Precauciones en la transmisión de contacto	20
	B. Precauciones en la transmisión aérea	22
	C. Precauciones en la transmisión por gotitas	23
IX.	Consideraciones para definir el cese de las precauciones de aislamiento	24
X.	Medidas para el control de agentes multi resistentes de importancia en salud pública.....	26
XI.	Medidas para entornos ambulatorios	29
XII.	Biblioteca	29
Anexo 1	Los 5 momentos de higiene de manos	31
Anexo 2	Precauciones estándar	32
Anexo 3	Precauciones en la transmisión de contacto	33
Anexo 4	Precauciones en la transmisión aérea	34
Anexo 5	Precauciones en la transmisión por gotitas	35
Anexo 6	Colocación de EPP	36
Anexo 7	Retiro de EPP	37

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) son aquellas que pueden ser adquiridas en cualquier establecimiento que brinda atención en salud, habiéndose descartado que esta infección estaba presente o en período de incubación al momento del ingreso a la instalación de salud. Existen diversos factores que incrementan el riesgo para que estas infecciones se produzcan, relacionados principalmente con características propias de la población consultante (edades extremas, pacientes con compromisos del sistema inmunológico, patologías crónicas, entre otras), pero también se relacionan con aspectos de la propia atención de salud que se brinda. Existen intervenciones ampliamente probadas y simples que ayudan a disminuir el riesgo de que las infecciones se produzcan, mas no necesariamente este riesgo se elimina.

La ocurrencia de enfermedades infecciosas obedece a una secuencia de interacciones que permiten que un microorganismo infectante se ponga en contacto con una persona susceptible y produzca en ella la infección. Las IAAS son el resultado de la interacción entre el huésped, agente y el medio ambiente.

El principal objetivo de la norma de medidas básicas para la prevención y control de las IAAS es interrumpir esta cadena en uno o más de sus eslabones, principalmente a nivel de la puerta de salida, vía de transmisión y puerta de entrada.

II. PROPOSITO

Establecer y describir la norma de medidas básicas para la prevención y control de las IAAS con sus consideraciones operacionales prácticas para que puedan ser aplicadas por el personal que brinda la atención de salud, en su lucha por la prevención y control de infecciones.

Para efecto de este documento son medidas para la prevención y control de las IAAS: las precauciones estándar y precauciones basadas en el mecanismo de transmisión.

III. OBJETIVOS

1. Contribuir a la prevención de las IAAS mediante la aplicación de precauciones estándar y precauciones basadas en el mecanismo de transmisión, durante los procesos de atención de pacientes.
2. Disminuir el riesgo de dispersión de microorganismos de interés epidemiológico en los centro de atención sanitaria.

IV. ALCANCE

Todas las instituciones del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, así como las instalaciones privadas y bajo la regulación de patronatos en todo el territorio nacional, deberán

cumplir con esta norma, adoptando la presente normativa tal cual está o adecuando las guías y manuales propias de sus instituciones a lo contenido en esta normativa.

V. RESPONSABLES

De cumplir con la norma	Todo el personal de salud que brinda atención al paciente.
De realizar la supervisión del cumplimiento de la norma	El nivel jerárquico superior inmediato donde se brinde la atención al paciente.
De gestionar la disponibilidad y el suministro de insumos	Las direcciones administrativas, la dirección médica y las jefaturas médicas y de enfermería de los servicios son responsables de gestionar la disponibilidad y suministro de insumos necesarios para el cumplimiento de la norma.
De la medición y análisis de la información	El equipo operativo de control de infecciones quien monitorizará el cumplimiento de la norma, a través de la medición de indicadores y actividades de supervisión.

VI. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE TRANSMISIÓN

La interacción entre los elementos agentes, huésped y medio ambiente inicia cuando un microorganismo deja su reservorio a través de una puerta de salida, y mediante un mecanismo de transmisión, ingresa al huésped susceptible a través de una puerta de entrada, donde este puede desarrollar la enfermedad. Esta secuencia de eventos específicos se conoce como “cadena de transmisión”.

A. Cadena de transmisión

1. **Microorganismo:** es el agente biológico capaz de generar una colonización¹ o infección² en un hospedero. Este puede ser bacteria, virus, hongo, parásito o prion, siendo los tres primeros los más frecuentes causantes de IAAS.
2. **Reservorio:** es el hábitat en el cual los microorganismos viven, crecen y se multiplican. Puede este reservorio ser animado (pacientes y personal de salud prioritariamente) o inanimado (ambiente, entorno del paciente en un establecimiento de salud).

¹ Presencia de microorganismo en el tejido de un huésped, donde vive, crece, se multiplica y en el cual puede o no inducir una respuesta inmune, aunque no genere signos ni síntomas.

² Presencia de un microorganismo en el tejido de un huésped, donde vive, crece, se multiplica e induce una respuesta inmune del hospedero, que genera signos y síntomas.

3. **Puerta de salida:** es el sitio por el cual el microorganismo deja el hospedero, suele corresponder al sitio donde se localiza habitualmente el agente³.
4. **Mecanismo o vía de transmisión:** corresponde al lugar y la modalidad (dónde y cómo) por la que el microorganismo se traslada de la puerta de salida del reservorio hasta la puerta de entrada del hospedero susceptible. Los principales mecanismos de transmisión de IAAS son:
 - a. **Por contacto**, que puede ser directo o indirecto.
 - **El contacto directo** se refiere al contacto entre la superficie corporal de una persona infectada o colonizada con un huésped susceptible sin mediar otros elementos ni intermediarios en la transmisión. Por ejemplo (al bañar al paciente, al cargar al paciente, al realizar procedimientos, entre otros).
 - **El contacto indirecto** se produce cuando el huésped susceptible entra en contacto con el microorganismo infectante a través de un intermediario inanimado (ropas, fómites, superficies de la habitación) o animado (personal de salud, otro paciente) que estuvo inicialmente en contacto con ese microorganismo.
 - b. **Por gotitas**, cuando la transmisión de microorganismos se produce mediante la expulsión de partículas (gotitas) de mayor o igual a 5 µm de diámetro desde nariz o boca, al toser o estornudar, por parte de un paciente infectante. Estas se proyectan a no más de un metro de distancia de quien las emite y pueden transmitir el microorganismo de manera directa a un paciente susceptible que esté dentro de esa distancia. También se pueden transmitir de manera indirecta.
 - c. **Por transmisión aérea**, por microorganismos contenidos en partículas de menor 5 µm de diámetro que pueden mantenerse en suspensión en el aire durante periodos prolongados y son capaces de viajar impulsadas por corrientes de aire a distancias mayores que las gotitas.
5. **Puerta de entrada:** es el sitio por el cual el microorganismo ingresa al hospedero susceptible, quien provee condiciones para que éste pueda sobrevivir, multiplicarse y dejar que sus toxinas y otros factores de patogenicidad actúen.
6. **Hospedero o huésped susceptible:** es la persona donde finalmente pueden existir factores (constitucionales, genéticos, inmunitarios) que junto con otras características individuales permiten que el microorganismo lo infecte y cause una enfermedad.

VII. PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Las “precauciones estándar” iniciaron como estrategia eficaz para la prevención de IAAS hace aproximadamente 30 años atrás, comprenden una serie de medidas que requieren ser aplicadas por el equipo de salud durante la atención de todo paciente, independientemente de su diagnóstico y en cualquier entorno donde se brinde atención sanitaria cuando se prevea que existe un riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones (excepto sudor), piel no intacta y

³ Son principalmente el aparato respiratorio superior, el sistema digestivo inferior y las soluciones de continuidad colonizadas o infectadas.

membranas mucosas, a fin de minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo, del paciente al trabajador de la salud y viceversa.

Los Componentes de precauciones estándar incluyen: Ver anexo 2

A. Higiene de manos

B. Equipos de protección personal (EPP), dependiendo del riesgo a exposición con sangre o fluidos corporales

1. Uso de Guantes
2. Uso de bata
3. Uso de mascarillas/respiradores
4. Uso de lentes o pantallas de protección facial

C. Prácticas de inyección segura

D. Manejo de equipos e instrumentos para el cuidado del paciente/dispositivos (Limpieza, desinfección y esterilización)

E. Limpieza ambiental, manejo de desechos sólidos hospitalarios y textiles

F. Higiene respiratoria y etiqueta de la tos

G. Prácticas para procedimientos de punción lumbar

H. Práctica para seguridad de los trabajadores.

A. HIGIENE DE MANOS

La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir las IAAS y disminuir la extensión de la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada.

Cuando una persona incluyendo el personal de salud no se higieniza las manos puede favorecer la transmisión de microorganismos ya sea por contacto directo (tocando a otra persona) o indirecto (mediante superficies).

Dentro de los requerimientos generales para mejorar la adherencia a la higiene de manos y mejorar las condiciones para brindar procedimientos más seguros, se debe considerar lo siguiente:

1. Provisión permanente de todos los elementos indispensables (agua potable o tratada, papel toalla, jabón líquido con o sin antiséptico y gel alcoholado).
2. Disponer de todos los elementos requeridos en zonas lo más cercanas posibles al sitio donde se realizará la atención.
3. Manos libres de joyas y uñas artificiales.

A.1. Indicaciones para la higiene de manos

Existen indicaciones o momentos donde es importante que los trabajadores de salud realicemos la higiene de manos:

1. Al entrar y salir de la instalación de salud o, a la habitación de un paciente.
2. Antes y después del contacto directo con un paciente, incluyendo el contacto con piel intacta.
3. Antes de manipular un dispositivo invasivo para la atención de un paciente ya sea con o sin

guantes.

4. Después del riesgo o contacto con fluidos corporales, membranas mucosas, secreciones, excreciones, piel lesionada o material contaminado.
5. Durante la atención de un paciente, al manipular un área corporal contaminada y luego moverse a otra área corporal del mismo paciente.
6. Luego del contacto con objetos o superficies inanimadas (incluyendo equipo médico) en el entorno del paciente.
7. Luego de retirarse cualquier elemento del equipo de protección personal.
8. Después de retirarse los guantes

A.2. Como realizar la higiene de manos

Se han definido dos métodos para la higiene de manos: la higiene de manos con agua y jabón (con o sin antiséptico) y la higiene de manos con productos libres de agua a base de alcohol.

1. Higiene de manos con agua y jabón (con o sin antiséptico)

El propósito del lavado de manos es remover la suciedad y materia orgánica de las manos y mediante el arrastre bajo un chorro de agua eliminarla junto con la flora transitoria.

Elementos imprescindibles para esta acción son:

- a. Agua: debe ser siempre potable y obtenida desde una tubería y grifo de manera que asegure un flujo unidireccional. Si esta condición no es posible se puede utilizar agua limpia (tratada con cloro) contenida en dispensadores con tapa.
- b. Jabón: de preferencia líquido con o sin antiséptico dependiendo del área.
- c. Elementos para secado de manos: se recomienda el uso de toallas de papel desechables, debiendo asegurar su provisión continúa.

1.1. Técnica de higiene de manos.

En el proceso de higiene de manos se debe asegurar que:

- Humedezca las manos con agua y aplíquese el producto cuidando que entre en contacto con toda la superficie de las manos (palmas, dedos, espacios interdigitales, región ungueal).
- Frótese todas las superficies de las manos como indica la figura 1, en los pasos del 3-8
- Enjuagarse las manos bajo un chorro de agua para eliminar todos los residuos por arrastre (Ver Figura 1 paso 9).
- Seque sus manos con una toalla de un solo uso y cierre el grifo con la misma toalla para no contaminar sus manos ya limpias.

Figura 1. Técnica de Higiene de Manos utilizando agua y jabón/antiséptico



Fuente: Manual Técnico de referencia para la higiene de manos 2009 .

2. Higiene de manos con soluciones a base de alcohol

La aplicación de solución a base de alcohol en las manos, logra que a través del efecto germicida del alcohol se elimine la flora transitoria de la piel, pero no tiene efecto sobre la suciedad que pudiera existir en las manos. Por lo que esta técnica, no está indicada a utilizar cuando las manos estén visiblemente sucias.

Las soluciones en base de alcohol eficaces son aquellas en concentraciones de alcohol entre 60% y 95%, siendo las concentraciones mayores menos eficaces en su acción antibacteriana porque la desnaturalización de las proteínas, mecanismo que permite esa acción, es menor en ausencia de agua. Estas concentraciones tienen en general una acción rápida; deben utilizarse soluciones de baja viscosidad, carentes de toxicidad, de secado rápido y de bajo costo.

Como requisitos esenciales para lograr un correcto uso de estas soluciones y una mejor adherencia se deben considerar:

- La ubicación de los dispositivos dispensadores de soluciones en base de alcohol debe ser próximo a los lugares de atención de pacientes. En condiciones ideales y según características de pacientes a atender (Unidades de cuidados intensivos) se propone la instalación de estos dispositivos al lado de cada cama.
- No instalar estos dispositivos en el mismo lugar donde se realice higiene de manos con agua y jabón pues puede inducir mensajes erróneos y facilitar un procedimiento incorrecto.
- Se podrán usar en contenedores reemplazables con un dispositivo que permita fijarlos a la pared o en contenedores móviles con dosificador.
- Usar contenedores de uso único (no reembasar).

No realizar higiene de manos con solución a base de alcohol cuando exista la probabilidad de haber tenido contacto con esporas (*C. difficile* o *B. anthracis*).

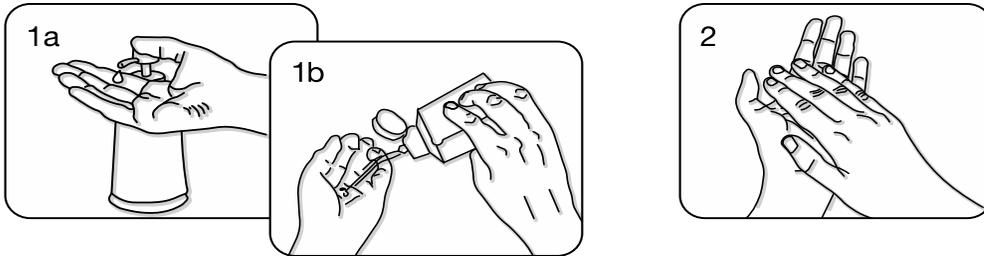
2.1. Técnica de higiene de manos con solución de base alcohólica (Figura 2)

Se debe tener presente que si se ha estado en contacto con fluidos corporales, o ante suciedad visible de las manos, siempre se deberá realizar higiene de manos y secado de acuerdo a lo señalado en figura 1. No se requiere aplicar la solución de base alcohólica posterior a este lavado, reservándose esta aplicación para todas las situaciones posteriores en la atención de un paciente, siempre que las manos no tengan nuevamente suciedad visible.

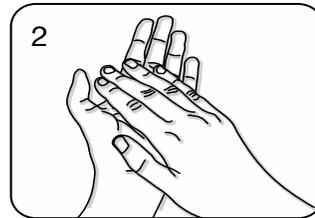
Con las manos secas y sin suciedad visible, se deposita una cantidad suficiente de solución en la palma de la mano para que al esparcirla pueda cubrir toda la mano. Con una frotación exhaustiva se debe asegurar que todas las superficies de las manos entren en contacto con la solución. Se mantiene frotando hasta que se seque.

Figura 2

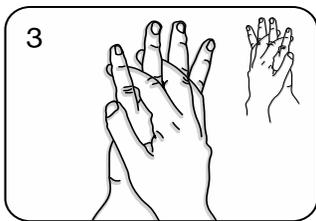
Técnica de Higiene de Manos utilizando un preparado con alcohol



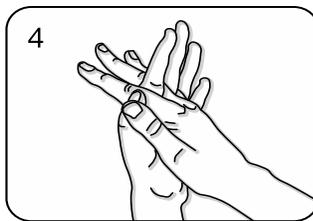
1a
1b
Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.



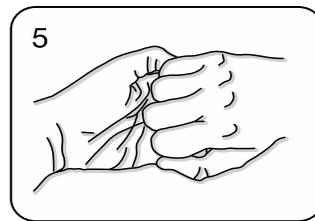
2
Frótese las palmas de las manos entre sí.



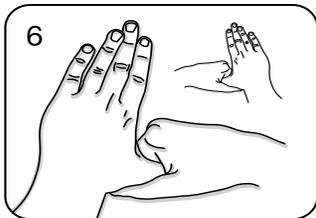
3
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



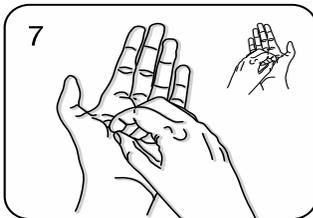
4
Frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.



5
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



6
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.



7
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



Duración de todo el procedimiento: 20 - 30 seg.

Una vez secas, sus manos son seguras.

Basado en: WHO guidelines on Hand Hygiene in Health Care. ©Organización Mundial de la Salud, 2009.

Fuente: Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (2005).

B. EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

Son los diferentes artículos y elementos de vestimenta que pueden ser usados por el personal de salud de manera única o combinada, para crear una barrera entre el paciente, el ambiente o un objeto. Este equipo deberá siempre usarse en forma conjunta con otras medidas de prevención y control de infecciones requeridas según el tipo de atención a realizar.

1. **Guantes:** su uso está indicado cuando se prevea riesgo de contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, piel no intacta y mucosas.
Estas son las recomendaciones que usted debe seguir al momento de su uso:
 - a. Realice higiene de mano previa a la colocación de guantes e inmediatamente posterior a su retiro. Su uso no reemplaza la higiene de manos en ninguna situación.
 - b. Cambie los guantes entre la atención de un paciente a otro.
 - c. Use guantes solamente cuando esté indicado su uso.
 - d. Cuando la atención de un paciente requiere de intervención en distintas zonas corporales con diferente riesgo de contaminación, es necesario cambiarse de guantes.
 - e. Cambiar de guantes cada vez que se rompan.
 - f. Uso de guantes para procedimientos de extracción de sangre o cualquier otra práctica de acceso vascular.
 - g. Use guantes con ajuste (talla adecuada) apropiado para el procedimiento y/o la tarea a realizar (estériles / no estéril).
2. **Bata:** use bata no estéril preferiblemente desechable cuando sospeche o haya riesgo de que se puedan originar salpicaduras de sangre, fluidos, secreciones y excreciones. En caso de no contar con batas desechables se podrán utilizar bata de tela pero de un solo uso. No reutilice una misma bata aunque tenga contactos repetitivos con el mismo paciente, retirarse la bata lo antes posible, una vez finalizada la atención
3. **Mascarilla/Respirador:** use mascarilla ante riesgo de exposición a salpicaduras con sangre, fluidos corporales, secreciones y respirador para procedimientos que generen aerosoles como broncoscopia, entubaciones, entre otros. Estas deben ser reemplazadas cada vez que estén visiblemente sucias o humedecidas.
4. **Lentes y pantalla de protección facial:** use ante riesgo de exposición a salpicaduras con sangre, fluidos corporales, secreciones y para procedimientos que generen aerosoles Estas deben ser reemplazadas cuando estén visiblemente sucias por la posibilidad que se afecte la calidad de la visión y/o aumente el riesgo de exposición.

En situaciones especiales (agentes nuevos) podrían introducirse variaciones a los EPP por lo que en estos casos consulte con los miembros de control de infecciones de su instalación.

B.1. Recomendaciones para la colocación y retiro del EPP

La colocación del EPP debe seguir una secuencia pre establecida que asegura su utilización de manera adecuada, minimizando los riesgos de exposición y que no afecte la realización de los procesos de atención al operador. Previo a su colocación, se debe tener claro:

- Cuáles son los riesgos de contaminación de acuerdo al procedimiento a realizar y

- El tipo de paciente que se va a atender.

La colocación del EPP debe realizarse antes de iniciar la atención al paciente, asegurando que esté bien colocado y los puntos de fijación o amarre realizados. Recordar realizar higiene de manos previo a su colocación.

De esta manera se define que elementos del EPP serán necesarios, siendo en general su **secuencia de colocación**, la siguiente (Anexo 6):

1. Colocación de bata
2. Colocación de mascarilla o respirador
3. Colocación de lente o pantalla de protección facial
4. Colocación de guantes asegurando que queden sobre los puños de la bata.

Uno de los momentos de mayor riesgo de contaminación es al retiro de los elementos empleados como parte del EPP. Con relación a esta condición se deben contemplar algunas reglas generales:

1. Las partes del EPP más contaminadas son aquellas que tienen mayor contacto con el paciente, como es la cara anterior del EPP junto con brazos y manos para las que deberá existir especial concentración durante su retiro.
2. El mayor número de puertas de entrada que tiene el personal de salud que brinda la atención están en la cara (mucosa oral, nasal y conjuntival), por lo que son las de mayor riesgo. El retiro de los elementos de protección facial deben realizarse en la fase final de retiro del EPP, es decir, posterior al retiro de todos los otros elementos. Antes de retirarse los elementos de protección facial recordar realizarse higiene de manos.
3. Es necesario realizar un entrenamiento previo (en la inducción) al personal que va a brindar la atención y requiere colocarse un EPP, y periódicamente hacer un refrescamiento sobre la técnica de colocación y retiro del mismo para asegurar la secuencia que se debe seguir.

Una vez utilizados los elementos del EPP se procede a retirarlos, en el siguiente orden (Anexo 7):

1. Guantes (realice higiene de manos inmediatamente después del retiro de guantes)
2. Bata o delantal
3. Lente o pantalla de protección facial
4. Mascarilla o respirador

Proceda a depositar cada elemento del EPP utilizado, en un contenedor para desechos bioinfeccioso para su descarte o reprocesamiento (ver manejo de textiles, punto 5), inmediatamente después de retirarse todo el EPP proceda a realizar higiene de manos.

C. **PRACTICA DE INYECCIÓN SEGURA**

Comprenden acciones que abarcan, tres puntos:

1. La pertinencia de indicaciones que involucran la práctica de inyección segura (agujas, cánulas que reemplazan agujas y sistemas de administración intravenosa).
 - a. Las agujas y/o jeringuillas son artículos estériles de un solo uso, no deben reutilizarse para acceder a un medicamento o solución que pueda usarse posteriormente en otro paciente.
 - b. Utilice juegos de infusión y administración de fluidos (es decir: bolsas, tubos y conectores intravenosos) para un solo paciente y deséchelos apropiadamente después del uso.

- c. Utilice viales de dosis única para medicamentos parenterales siempre que sea posible.
 - d. No administre medicamentos de ampollas de una sola dosis a más de un paciente, ni combine los restos de contenido para un uso posterior.
 - e. Al utilizar viales multi dosis cada vez que se requiera su uso tanto la aguja como la jeringa deben ser estériles.
 - f. Guarde los viales multi dosis de acuerdo a la recomendación del fabricante y coloque la fecha de inicio de su uso.
 - g. No utilice las bolsas o botellas de soluciones intravenosas como fuente común de suministro para varios pacientes.
 - h. Uso de guantes, habiendo realizado previamente higiene de manos.
2. Cumplir los procedimientos de manipulación segura de objetos punzocortantes.
 - a. Apoyo con ayudantes en procedimientos que requieran cambio de jeringas o realizar varias maniobras (tomar muestra de gases arteriales).
 - b. Apoyo de ayudantes en el caso de pacientes agitados o niños de corta edad.
 - c. No volver a encapsular la aguja, previamente utilizada.
 - d. Evitar manipular o desarticular un objeto punzocortante directamente con los dedos (bisturí); de ser necesario, utilizar pinzas.
 - e. Evitar en todo momento que la punta de un objeto corto punzante esté en dirección hacia alguna parte del cuerpo del operador o ayudante.
 - f. Asegurar la cercanía inmediata de los contenedores para desecho de elementos corto punzantes. Próximos a la zona donde se realice procedimiento.
 - g. Utilizar una bandeja para recepción y entrega de objetos corto punzantes. Evitar traspaso directo de mano a mano entre el personal.
 - h. Comunicar verbalmente (en voz alta) cuando se pasa un objeto corto punzante.
 3. Asegurar la disposición segura de los insumos posterior a su uso.
 - a. Segregación de elementos punzocortantes en contenedores de material resistentes al traspaso de objetos corto punzantes.
 - b. Llenar el contenedor utilizado para descarte de punzocortantes hasta $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad y nunca intentar por ningún medio compactarlos para aumentar capacidad de almacenaje.

D. MANEJO DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS/DISPOSITIVOS PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE (LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN)

Manejar el equipo utilizado en el cuidado del paciente (manchado con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones) de forma que se prevenga la exposición en piel y mucosas, la contaminación de la ropa y la transferencia de gérmenes a otros pacientes o al entorno.

1. El material reutilizable que ya fue usado con un paciente no se utiliza en otro paciente, hasta tanto no haya sido reprocesado de forma adecuada.
2. El material de un solo uso debe ser eliminado inmediatamente, según norma de manejo de desecho. No es reutilizable.

3. Establezca los procedimientos para contener, transportar y manipular equipos e instrumentos/dispositivos utilizados para el cuidado del paciente, que puedan estar contaminados con sangre o fluidos corporales. Los contenedores de transporte deben ser cerrados.
4. Retire el material orgánico de los instrumentos/dispositivos críticos y semicríticos, utilizando los agentes de descontaminación recomendados, para permitir procesos efectivos de limpieza, desinfección y esterilización.
5. Utilizar EPP, al manipular equipos e instrumental/dispositivos para el cuidado del paciente que hayan estado en contacto con sangre o fluidos corporales.

E. LIMPIEZA AMBIENTAL, MANEJO DE DESECHOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS Y TEXTILES

1. Desarrolle un programa de limpieza y desinfección de superficies hospitalarias tomando en cuenta la clasificación de las áreas o zonas (críticas, semicríticas y no críticas) en el hospital.
2. Limpie y desinfecte las superficies que están cerca del paciente (rieles de cama, mesita de noche, mesitas auxiliares) y superficies de mayor contacto (perillas de las puertas, interruptores de luces entre otros) en un horario más frecuente comparado con otras superficies.
3. Utilizar desinfectantes registrados, que tengan actividad microbicida y utilizar de acuerdo a las recomendaciones del fabricante.
4. En hospitales que atienden pacientes pediátricos donde se cuenten con salas de juego, establecer políticas y procedimientos de limpieza y desinfección que incluyan periodicidad y la selección de juguetes que se puedan limpiar y desinfectar fácilmente.
5. En las políticas y procedimientos de limpieza y desinfección incluir los equipos electrónicos multiusos que se utilizan durante la atención. De utilizar cobertores para estos equipos, preferible que sean de un material de fácil limpieza y desinfección; de ser de tela contemplar un cronograma para enviarse a la lavandería.
6. Asegure la buena segregación de los desechos hospitalarios en el punto donde se generan y que su disposición sea de manera segura.
7. La ropa catalogada como sucia, al retirarla de la unidad del paciente y acomodarla, nunca deberá ser sacudida o agitada durante su manipulación.
8. La ropa limpia se debe almacenar en muebles cerrados, exclusivo para estos fines, protegidos del polvo y humedad.
9. La ropa sucia se debe manipular con guantes, colocarse en bolsa plástica o de tela y transportarse a la lavandería en contenedores lavables con tapa. Si es ropa sucia procedente de áreas de aislamiento o impregnada con sangre, se colocará en una bolsa roja (bioinfeccioso), para ser trasladada a la lavandería.
10. Si utilizan biombos o cortinas como barreras en aislamiento, enviar a lavandería (en bolsa roja) tan pronto se considere que el período de transmisión ceso o al alta del paciente.

11. La ropa sucia se debe manipular, transportar y procesar de modo tal que evite exposiciones de la piel y membranas mucosas desde la ropa contaminada a otros pacientes, funcionarios y el ambiente.

F. HIGIENE RESPIRATORIA Y ETIQUETA DE TOS

1. Educación a los trabajadores de la salud, pacientes y familiares sobre que deben cubrir su boca y nariz con un pañuelo desechable al toser o estornudar y seguidamente desechar el pañuelo en un recipiente para descartar desechos bioinfecciosos y proceder a realizarse higiene de manos.
2. Puede utilizar como una alternativa, al momento de toser o estornudar para cubrirse la boca y nariz, el antebrazo.
3. Colocar alertas visuales sobre estas medidas.

G. PRACTICAS PARA PROCEDIMIENTOS DE PUNCIÓN LUMBAR

Usar una mascarilla quirúrgica al colocar un catéter o material de inyección en el canal espinal o el espacio subdural (es decir, durante mielogramas, punción lumbar y anestesia espinal o epidural).

H. PRÁCTICA PARA SEGURIDAD DE TRABAJADORES DE LA SALUD

Son las prácticas de trabajo seguras que deben seguir los trabajadores para prevenir la exposición a patógenos transmitidos por la sangre. Cada instalación debe contar con un manual, norma o guía, de manejo de accidentes con objetos punzocortantes y/o secreciones de fluidos corporales, que debe contener, lo siguiente:

1. Componente de atención (pruebas a realizarse, resultados esperados y tratamiento de ser necesario).
2. Componente de registro del accidente (formulario de notificación).
3. Componente de seguimiento con tiempos establecidos y pruebas a realizarse.
4. Componente de capacitación, que incluya flujograma de atención, y el uso de los dispositivos médicos más seguros para mitigar o eliminar estos accidentes.

H.1. Prevención de pinchazos con agujas y otras lesiones relacionadas con objetos punzocortantes.

1. Elaborar, implementar, capacitar y evaluar un plan para prevenir y/o reducir las lesiones con objetos punzocortantes, que incluya:
 - a. Uso de dispositivos médico más seguros
 - b. Revisión anual para considerar la implementación de estos dispositivos médicos más seguros disponibles en el comercio local, diseñados para eliminar o minimizar la exposición a objetos punzocortantes

- c. Capacitación que incluya instrucciones sobre cualquier técnica y práctica nueva asociada con los nuevos dispositivos médicos más seguros.

H.2. Prevención del contacto con la membrana mucosa

1. Establecer un programa que permita monitorear el uso de EPP según el procedimiento o actividad que este ejecutando, (atención directa, limpieza y desinfección de superficie, lavado de ropa de pacientes, manejo de muestras, entre otras)
2. Utilizar controles de ingeniería como son: el uso de gabinetes de seguridad biológica certificados o dispositivos de contención física, tales como ropa protectora especial, respiradores, en todas las actividades con riesgo de exposición a materiales potencialmente infecciosos que representan una amenaza de exposición a gotitas, salpicaduras, derrames o aerosoles.
3. Colocar el símbolo universal de riesgo biológico donde exista materiales o muestras potencialmente infecciosas.

H.3. Precauciones durante los procedimientos de generación de aerosoles

1. En las áreas donde se realicen procedimientos que generan aerosoles debe utilizarse EPP adecuados incluyendo los respiradores N95 o N100, para minimizar la exposición. Entre los procedimientos que generan aerosoles, tenemos: esputo inducido, broncoscopia.

H.4. Programa de vacunación laboral

Elaborar un plan para mantener coberturas de vacunación, según el esquema establecido para el personal de salud de acuerdo a la normativa vigente.

VIII. PRECAUCIONES SEGÚN MECANISMO DE TRANSMISIÓN

Las precauciones adicionales, basadas en la vía de transmisión, se aplican junto con las precauciones estándar a aquellos pacientes en los que existe una sospecha o confirmación de una determinada colonización o infección.

Estas precauciones están definidas según las vías de transmisión conocidas que incluyen las por contacto, por gotitas y por vía aérea.

Existen condiciones a lo interno de las instalaciones de salud que pueden influir en la efectividad de las precauciones de aislamiento, algunos de estos elementos fundamentales que son necesarios en entornos de atención médica ya fueron descritos en las precauciones estándar como son disposición de residuos, ropa y reprocesamiento de materiales, sin embargo existen otros elementos como son ubicación de pacientes, control de visitas entre otros que también son importantes por lo que se describen a continuación.

1. Ubicación del paciente:

Las opciones para la colocación del paciente incluyen habitaciones individuales, habitaciones para dos pacientes, cubículos y salas de camas múltiples.

- 1.1 Determine la ubicación del paciente realizando una evaluación de los siguientes aspectos:
 - a. Mecanismos de transmisión del agente infeccioso sea confirmado o sospechoso.
 - b. Factores de riesgo para la transmisión.
 - c. Factores de riesgo para la transmisión resultantes de una IAAS en otros pacientes en la misma habitación.
 - d. Disponibilidad de habitaciones individuales.
 - e. Opciones de pacientes para compartir la habitación (cohortes).
- 1.2 Siempre prefiera habitaciones individuales cuando existe una preocupación acerca de la transmisión de un agente infeccioso.
 - La habitación individual reduce el riesgo de transmisión por contacto directo o indirecto, cuando el paciente fuente tiene hábitos higiénicos pobres, situaciones clínica (incontinencia de secreciones y/o excreciones, úlceras, estomas) o no podemos esperar que colabore en el mantenimiento de las precauciones del control de la infección para limitar la transmisión de microorganismos (lactantes, niños y pacientes con estado mental alterado).

Cuando no se dispone de habitación individual, se realizará una cohorte de pacientes, (ver definición a continuación).

- La habitación o cubículo en cohorte se refiere a colocar pacientes colonizados o infectados por el mismo microorganismo, siempre y cuando no tengan otros microorganismos potencialmente patógenos y el riesgo de reinfección sea mínimo. Especialmente útil en caso de brote o en hospitales con pocas habitaciones individuales.
- 1.3 Cuando no exista la posibilidad de ubicar al paciente en habitación individual o establecer una cohorte, considere ubicar el caso en una habitación con otros pacientes, que no tengan puertas de entrada adicionales como heridas, úlceras, dispositivos invasivos o que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente. En este caso colocar al paciente en un extremo de la habitación, asegurando la separación con algún tipo de barreras como cortinas o biombos, manteniendo el paciente con medidas de aislamiento del resto de los pacientes en la habitación, además de colocar la cartilla de precauciones a seguir.

Si es necesario consulte con la Unidad de epidemiología Hospitalaria y/o Programa o Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud de la instalación.

2. Señalización

Coloque a la entrada de la habitación un cartel o letrero que indique el tipo de precaución que se ha implementado, con el fin de advertir al personal y visitante los cuidados que deben aplicar para poder ingresar al área. Anexos del 2 al 5.

3. Disposición de insumos para el cumplimiento de precauciones

Los insumos imprescindibles para el cumplimiento de precauciones durante una jornada deben ser colocados en el área de la antesala o exclusiva previa al acceso de la habitación; si no se dispone de

esta área, ponga una mesa o mueble en la parte de afuera de la habitación.

Estos insumos serán de uso exclusivo para el paciente, en cada turno se abastecerá el suministro.

4. Equipo para el cuidado del paciente

El equipo necesario para el cuidado del paciente (o grupo de pacientes infectados/colonizados por el mismo patógeno) es exclusivo para estos. Si no fuera posible, debe limpiar y desinfectar adecuadamente el equipo antes de utilizarlo en otro paciente (Ejemplo: esfigmomanómetro, estetoscopio, aparato para tomar temperatura, entre otros).

5. Visitas

5.1 Restrinja las visitas de familiares a las habitaciones de los pacientes con precauciones.

5.2 Si la patología y condiciones lo permiten se autorizará al menos un visitante.

5.3 Informe al familiar o visitante las medidas de prevención que cumplir para permitir el ingreso a la habitación (higiene de manos, uso y retiro de EPP y demás normativas relacionadas).

6. Movilización de pacientes

Se utilizan varios principios para guiar el transporte de pacientes que requieren precauciones basadas en la transmisión en los entornos hospitalarios:

1. Limite la movilización del paciente solo por fines esenciales, como procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no pueden realizarse en la habitación del paciente.
2. Cuando sea necesaria la movilización, utilizar barreras apropiadas en el paciente (por ejemplo: mascarilla quirúrgica, bata, envoltura en sábanas o vendajes impermeables para cubrir el área afectada cuando hay lesiones cutáneas o drenaje infecciosos) de acuerdo con la ruta y riesgo de transmisión.
3. En movilizaciones internas comunique al personal de salud del área receptora previo al envío del paciente las precauciones necesarias que deben tomar para evitar la transmisión.
4. En caso de traslados informe con anticipación a la instalación receptora y al personal de la ambulancia o del vehículo de emergencia sobre el tipo de precauciones basadas en la transmisión que se deberán utilizar.

A. PRECAUCIONES DE TRANSMISIÓN POR CONTACTO

Se implementan en pacientes con diagnóstico sospechoso o confirmado de estar colonizados o infectados con agentes infecciosos que se transmiten por contacto directo o indirecto. Ver anexo 3

1. Indicación

Aplice en pacientes con sospecha o confirmación de una enfermedad de transmisión por contacto como colonizaciones o infecciones gastrointestinales, respiratorias, de piel o herida quirúrgica con bacterias multirresistentes, infecciones entéricas por *Clostridium difficile*, en pacientes con pañal/incontinentes por *E.coli* O157: H/7 enterohemorrágica, *Shigella*, *Hepatitis A* o *rotavirus*, infecciones por *Virus Sincitial Respiratorio*, *Virus Parainfluenzae* o infecciones

enterovirales en bebés/niños, infecciones de piel altamente contagiosas o que pueden ocurrir en piel seca Difteria cutánea, Virus herpes simple (neonatal o mucocutáneo), Impétigo-Absceso grande (no tapado con apósito), celulitis o úlcera, Infestaciones: Pediculosis (piojos) Escabiosis (sarna), Forunculosis estafilocócica en bebés/niños, Herpes zoster (diseminado en inmunodeprimidos), Conjuntivitis viral/hemorrágica, Infecciones hemorrágicas virales (Ébola, Lassa, Marburg), Heridas quirúrgicas y úlceras de decúbito grandes infectadas con exudado abundante.

2. Ubicación

2.1 Coloque al paciente en una habitación individual.

2.2 Si no es posible, el paciente colonizado o infectado se ubicará en una cohorte de pacientes: con pacientes infectados por el mismo microorganismo (siempre y cuando no estén además infectados por otros microorganismos potencialmente patógenos y el riesgo de reinfección sea mínimo). Manteniendo una separación espacial entre camas de al menos un metro.

3. EPP

- a. Use guantes estériles o no según la tarea a realizar. Colóqueselos antes de ingresar a la habitación del paciente, previa higiene de manos, y retírelos antes de salir de la misma.
- b. Use batas de uso individual. Si no es posible contar con batas de desechables, podrá ser utilizadas batas de tela de un solo uso por paciente. Colóqueselos antes de ingresar a la habitación, previa higiene de manos, y retírela antes de salir de la misma.
- c. Utilice otros elementos del EPP según lo que indica la precaución estándar de acuerdo a las condiciones de riesgo a asumir según el procedimiento o actividad a realizar con el paciente.

4. Movilización de paciente

- a. Limite la movilización solo por fines esenciales, como procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no pueden realizarse en la habitación del paciente
- b. De ser necesario la movilización asegúrese de que las áreas infectadas o colonizadas del cuerpo del paciente estén contenidas o cubiertas, además se le colocará al paciente una bata o sábana para cubrirlo. El personal que traslada al paciente y el que recibirá al paciente en el área de atención hacia donde se moviliza, debe utilizar el EPP indicado para prevenir transmisión por contacto más cualquier otro EPP como indica la precaución estándar ante el riesgo de exposición según sea el procedimiento o actividad a realizar. Es importante asegurar el descarte (desecho bioinfeccioso) apropiado de los EPP utilizados y que se realice la limpieza/desinfección posterior del área).

5. Cuidados del Paciente

Asigné personal de Enfermería exclusivo para la atención en el caso de que el paciente presente colonización o infección por Enterobacterias productoras de *carbapenemasas*, *Clostridium difficile*, *Candida auris* u otro microorganismo emergente o reemergente.

6. Equipo, instrumentos y dispositivos de atención al paciente

- 6.1 Utilice equipo no crítico desechable y material de uso exclusivo para el paciente.
- 6.2 En caso de ser necesario el uso de estos equipos con varios pacientes, se debe limpiar y desinfectar entre pacientes.
- 6.3 Coloque en bolsas rojas los equipos no críticos (platos, riñoneras, entre otros) de estos pacientes para el traslado al área de reprocesamiento.

7. Medidas ambientales

Asegurar la priorización y frecuencia de la limpieza y desinfección de superficies, tomando en cuenta las superficies de alto contacto y el equipo en el entorno cercano de la unidad del paciente.

B. PRECAUCIONES DE TRANSMISIÓN AÉREA

La transmisión aérea ocurre por diseminación de núcleos de gotas de la vía aérea (partículas residuales pequeñas menores a 5 micras evaporadas) que pueden permanecer suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo) o por partículas de polvo que contiene el microorganismo infectante que pueden recorrer mayores distancias superiores a los 2 metros. Ver anexo 4.

1. Indicación

Aplice en pacientes con sospecha o confirmación de una enfermedad de transmisión aérea como Tuberculosis, Sarampión y Varicela, incluyendo Herpes zoster diseminado.

2. Ubicación

2.1 Ubique al paciente en habitación individual con especificaciones estructurales descritas en el siguiente cuadro.

Especificaciones	Habitación aislamiento respiratorio
Presión aire monitorizada	Negativa
Cambios de aire en la habitación	>= 12 renovaciones de aire por hora
Sellado	Si, puerta cerrada, ventanas selladas etc. El paciente permanecerá siempre dentro
Aplicación de filtración	Filtros HEPA si recircula el aire
Recirculación	No, salvo si empleamos filtros HEPA
Chequeo de presión negativa diario	Test del humo u otras pruebas alternativas

(*) Si no se dispone, situar al paciente con otro que tenga una infección activa por el mismo microorganismo, a menos que se recomiende otra cosa, pero nunca si tiene otra infección distinta.

2.2 Si no dispone de una habitación con estas características por diseños de ingeniería limitados; ubique al paciente en una habitación individual que considere:

- Acceso restringido
- Ventilación Natural
- La puerta cerrada siempre
- Si las condiciones no permiten el uso de ventilación natural emplear sistemas de extracción de aire al exterior del establecimiento, nunca hacia áreas de hospitalización, espacios cerrados de circulación internos o externos donde se encuentren otros pacientes

2.3 La habitación compartida

- Solo es una alternativa si está confirmado más de un paciente con igual diagnóstico, agente patógeno y genotipo
- Limite el uso de habitaciones compartidas solo para escenarios de hiper endemia o brote.

3. Restricción de personal susceptible

Restrinja el acceso del personal de salud susceptible (no vacunado o con morbilidad inmunosupresora) a la habitación del paciente con sospecha o confirmación de tuberculosis, varicela (incluyendo zoster diseminado) o sarampión.

4. EPP

Los EPP deben ser utilizados por todo el personal de salud que ingrese a la habitación así como los visitantes. Además de tomar en consideración las siguientes indicaciones:

- a. Utilice un respirador con filtro de alta eficiencia para partículas (N95 o FFP2) y colóqueselo antes de ingresar a la habitación, realizando previamente un chequeo de su ajuste a la cara.
- b. Retire el respirador fuera de la habitación habiendo realizado previamente higiene de manos.
- c. Utilice otros elementos del EPP según lo que indica la precaución estándar de acuerdo a las condiciones de riesgo a asumir según el procedimiento o actividad a realizar con el paciente.

5. Movilización de Paciente

- a. Limite la movilización solo por fines esenciales, como procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no pueden realizarse en la habitación del paciente
- b. De ser necesario la movilización se colocará mascarilla al paciente y se debe mantener la higiene respiratoria. El personal que traslada al paciente y el que recibirá al paciente en el área de atención donde se moviliza debe utilizar el EPP indicado para prevenir transmisión aérea más cualquier otro EPP como indica la precaución estándar ante el riesgo de exposición según el procedimiento o actividad a realizar.

C. PRECAUCIONES DE TRANSMISIÓN POR GOTITAS

Se implementan en pacientes con diagnóstico sospechoso o confirmado de colonización o infección con un agente infeccioso que se transmite por gotas mayores a 5 micras (>5) generadas al toser, estornudar, hablar o durante procedimientos como aspirados pulmonares. Estas gotas pueden ser transferidas en un radio no mayor a 2 metros desde el foco de generación, ya que por su tamaño y densidad, tienden a sedimentar. Ver anexo 5

1. Indicaciones

Aplice en pacientes con sospecha o confirmación de una enfermedad de transmisión por gotitas

como enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae B*, enfermedad invasiva por *Neisseria meningitidis*, Difteria, *Mycoplasma*, Tosferina (*Bordetella pertussis*), Peste neumónica, Faringitis estreptocócica, infecciones virales por Adenovirus, Influenza, Parotiditis, *Parvovirus B19*, Rubeola.

2. Ubicación del paciente

2.1 Coloque al paciente en una habitación individual, sin necesidad de sistemas especiales de ventilación y manejo de aire.

2.2 Cuando no se dispone de habitación individual, situar al paciente con otro que tenga una infección activa por el mismo microorganismo, pero nunca si tiene otra infección distinta.

2.3 Cuando no pueda realizar lo anterior, cumplir como mínimo con:

- a. Mantener la separación espacial de al menos un metro entre el paciente infectado y otros pacientes y visitantes.
- b. No ubicarlos con pacientes inmunocomprometidos.
- c. Coloque barrera de separación (cortinas o biombos).

3. EPP

a. Use protección ocular y mascarilla cuando prevea estar a una distancia menor de 1 metro del paciente.

b. Utilice otros elementos del EPP según lo que indica la precaución estándar de acuerdo a las condiciones de riesgo a asumir según el procedimiento o actividad a realizar con el paciente

4. Movilización de Paciente

a. Limite la movilización solo por fines esenciales, como procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no pueden realizarse en la habitación del paciente.

b. De ser necesario la movilización se colocará mascarilla al paciente y se debe mantener la higiene respiratoria. El personal que traslada al paciente y el que recibirá al paciente en el área de atención donde se moviliza debe utilizar el EPP indicado para prevenir transmisión por gotitas más cualquier otro EPP como indica la precaución estándar ante el riesgo de exposición según sea el procedimiento o actividad a realizar.

IX. CONSIDERACIONES PARA DEFINIR EL CESE DE LAS PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO

Existe poca evidencia que apoye una conducta específica en cuanto al momento para definir el cese de un aislamiento, siendo la práctica regular y una racionalidad compartida la que aporta algunas orientaciones y que corresponden a las siguientes consideraciones:

1. Si el período infectante (contagio) es conocido, las medidas aislamiento se mantienen hasta que el paciente ya no se encuentra en condiciones de transmitir el agente.

2. En otros casos la decisión de terminar con las precauciones de aislamiento puede ser más compleja y será una decisión local que aunque sea hecha con la mejor información disponible, no necesariamente podrá ser replicable en otros escenarios.

El siguiente cuadro resume el tiempo de mantención de precauciones de algunas condiciones clínicas. En caso de requerir mayor información revisar el documento original.

Infección o condición clínica	Tipo de aislamiento	Tiempo de mantención
Absceso con abundante pus	Contacto + Estándar	Mientras dure drenaje
Absceso menor con escasa pus	Estándar	
Bronquiolitis	Contacto + Estándar	Mientras dure la enfermedad
Candidiasis (inc. Mucocutánea)	Estándar	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Estándar	
<i>Clostridium difficile</i>	Contacto	Mientras dure enfermedad
Rubéola congénita	Contacto	Hasta el año de edad
Enterovirus (excluye Polio)	Estándar ¹	
Cólera	Contacto	Mientras dure enfermedad
<i>Escherichia coli</i> enteropatógena	Estándar ²	
Rotavirus	Contacto	Mientras dure enfermedad
Hantavirus	Estándar	
Herpes simple diseminado severo/neonatal	Contacto	Hasta que lesiones sequen o encostren
Herpes Zoster diseminado	Aérea + Contacto	Mientras dure enfermedad
Virus inmunodeficiencia humana	Estándar	
Metapneumovirus	Contacto	Mientras dure enfermedad
Influenza Humana	Gotitas + Estándar	Por 5 días desde inicio síntomas
Malaria	Estándar ³	
Meningitis meningocócica	Gotitas + Estándar	Por 24 hrs. desde inicio de tratamiento
Meningitis bacteriana, por enterobacterias gram (-) en neonatos	Estándar	
Microorganismos multirresistentes (SAMR; ERV; Enterobacterias BLEE (+))	Contacto + Estándar	
Parotiditis	Gotitas	Por 5 días
Neumonía por <i>Mycoplasma</i>	Gotitas	Mientras dure la enfermedad
Tosferina (<i>B. pertussis</i>)	Gotitas	Por 5 días desde iniciado tratamiento
Neumonía por adenovirus	Contacto + Gotitas	Mientras dure la enfermedad
Neumonía por <i>S. pneumoniae</i>	Estándar ⁴	
<i>Staphylococcus aureus</i>	Estándar	
Streptococcus grupo A (adultos,	Contacto+ Estándar ⁵	Por 24 hrs. desde inicio de

bebe y niños pequeños)	Gotitas + Estándar ⁶ Estándar ⁷	tratamiento
Virus respiratorio sincicial	Contacto + Estándar	Mientras dure la enfermedad
SARS Co-V	Aérea + Contacto + Gotitas + Estándar	Mientras dure la enfermedad más 10 días después de remitida la fiebre
Tuberculosis Pulmonar o laríngea	Aérea + Estándar	Descontinuar las precauciones solo cuando el paciente tenga terapia efectiva, este mejorando clínicamente y presente 3 frotis de esputo por BAAR consecutivos negativos en días separados.
Tuberculosis Extrapulmonar (lesión drenante)	Aérea + Contacto + Estándar	Suspenda las precauciones solo cuando el paciente esté mejorando clínicamente, y no este drenando o presente 3 cultivos negativos consecutivos de drenaje continuo
Varicela	Aérea + Contacto	Hasta que lesiones sequen y estén encostradas

Fuente: Adaptado y traducido del Apéndice A. Guideline for Isolation Precautions: Preventions transmission in infections agents in healthcare setting. (2007).

1,2 Use las precauciones de contacto para niños o adultos con pañales o incontinentes por la duración de la enfermedad y para controlar los brotes institucionales.

3 Adicionar precauciones contra vectores (mosquitero, repelentes, mallas en ventanas y puertas).

4 En caso de evidenciar la transmisión dentro de una unidad de cuidado de paciente o instalación de salud, adicionar precauciones por gota.

5 Lesiones en piel, heridas o quemaduras: hasta que el drenaje se detengan o se pueda contener con apósitos.

6 En caso de Faringitis y Neumonías.

7 En caso de Endometritis.

- En el caso de Enterobacterias productoras de carbapenemasa y *Candida auris*, se seguirá lo establecido en las Normas Nacionales vigentes.
- Para *Clostridium difficile* hasta que haya suspendido la diarrea y completado el tratamiento.

La suspensión de las precauciones de aislamiento en un paciente, no debe afectar el cumplimiento permanente de las precauciones estándares.

Si es necesario se consultará con la Unidad de Epidemiología/Control de Infecciones de la Instalación, sobre el cese de la suspensión de las precauciones de aislamiento.

X. MEDIDAS PARA EL CONTROL AGENTES MULTIRRESISTENTES DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA.

La resistencia antimicrobiana se ha incrementado paulatinamente desde la introducción de los antibióticos facilitada por diversos factores, destacando de ellos la presión selectiva en los microorganismos que genera el uso masivo de antimicrobianos. Las IAAS por microorganismos

multirresistentes incrementan la morbilidad, mortalidad y costos derivados de hospitalizaciones prolongadas y uso de antimicrobianos de mayor costo. Por este motivo se han desarrollado guías que apuntan a acciones más rigurosas para el control de infecciones con múltiples componentes. Las intervenciones definidas coinciden en la necesidad del cumplimiento de precauciones estándares, existiendo posturas diversas con relación a la forma de instalar precauciones adicionales y otras medidas de prevención. De las medidas propuestas a la fecha en vigencia y que pueden variar según se esté frente a situaciones de epidemia o brotes se pueden señalar las contenidas en Tabla 5.

Tabla 5. Medidas de contención de IAAS en **condiciones endémicas** para microorganismos multirresistentes

Medidas adoptadas	Microorganismos contra los que las intervenciones han demostrado eficacia
<ul style="list-style-type: none"> Adherencia a medidas para higiene de manos, incluyendo aspectos de estructura e insumos, entrenamiento, supervisión y retroalimentación 	<ul style="list-style-type: none"> SARM, ERV, enterobacterias con BLEE, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistentes
<ul style="list-style-type: none"> Uso de artículos no críticos (fonendoscopios, termómetros, manguitos de medición de presión y otros) de manera individual en pacientes infectados o colonizados. Como alternativa, asegurar desinfección de ellos en su uso entre cada paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> SARM, ERV, <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistentes
<ul style="list-style-type: none"> Limpieza sistemática con desinfectantes de nivel intermedio o bajo en áreas y superficies alrededor o con mayor probabilidad de contacto con paciente infectado o colonizado 	<ul style="list-style-type: none"> Enterobacterias con BLEE, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistentes
<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento de contacto en pacientes colonizados o infectados por microorganismos multirresistentes. Para <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Acinetobacter baumannii</i> y SARM usar habitación individual 	<ul style="list-style-type: none"> SARM, ERV, enterobacterias con BLEE (excepto <i>Escherichia coli</i>), <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistentes
<ul style="list-style-type: none"> Asegurar identificación de pacientes colonizados o infectados para asegurar cumplimiento de medidas en caso de que reingresen, se trasladen dentro del hospital o a otra institución 	<ul style="list-style-type: none"> SARM, ERV, enterobacterias con BLEE, <i>Clostridium difficile</i>
<ul style="list-style-type: none"> Educación y entrenamiento al personal de salud que interviene en la atención directa de pacientes colonizados o infectados con relación a mecanismos de transmisión, reforzamiento de medidas a cumplir y retroalimentación periódica de resultados de la supervisión de cumplimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> SARM, ERV, enterobacterias con BLEE, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistentes

Fuente: Adaptado de *Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud*. 2017, Washington.

Si las infecciones por microorganismos multirresistentes presentan un incremento de su endemia o aparece un brote epidémico por alguno de ellos, se deben adicionar a las medidas referidas en la tabla anterior una serie de indicaciones y procesos incluidos en la Tabla 6.

Tabla 6. Medidas de contención de IAAS ante incremento de endemia o brotes por microorganismos multirresistentes.

Medidas adoptadas o propuestas	Microorganismos contra los que las intervenciones han demostrado eficacia
<ul style="list-style-type: none"> · Implementar vigilancia activa de cultivos en paciente de riesgo, tales como: <ul style="list-style-type: none"> ○ En unidades de cuidados intensivos ○ Con tratamiento antimicrobiano prolongado o inmunosupresor ○ Grandes quemados ○ Hemato-oncológicos ○ Con procedimientos invasivos (diálisis, líneas venosas centrales, ventilación mecánica invasiva) ○ Derivados de otros centros o unidades con brotes por microorganismos multirresistentes ○ Compartan habitación con pacientes colonizados o infectados para identificar pacientes colonizados y aplicar precauciones de aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> · SARM, ERV, enterobacterias con BLEE, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistentes
<ul style="list-style-type: none"> · Realizar cultivos al personal de salud ante sospecha de agentes infecciosos en cuya transmisión pudieran tener participación (erradicar colonización y excluirlo de atención directa a pacientes) 	<ul style="list-style-type: none"> · SARM
<ul style="list-style-type: none"> · Cohorte de personal de salud (personal exclusivo) 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Klebsiella pneumoniae</i> multirresistente y <i>Clostridium</i>
<ul style="list-style-type: none"> · Baño diario de pacientes en UCI con clorhexidina en jabón o paños 	<ul style="list-style-type: none"> · SARM, ERV
<ul style="list-style-type: none"> · Descolonización de portadores nasales de SARM en pacientes, con mupirocina o baño con clorhexidina en jabón o paños 	<ul style="list-style-type: none"> · SARM
<ul style="list-style-type: none"> · Reforzar programas permanentes de supervisión de limpieza y desinfección, dilución de desinfectantes y retroalimentación de resultados al personal 	<ul style="list-style-type: none"> · Enterobacteria con BLEE, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistentes

Fuente: Adaptado de *Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud*. 2017, Washington.

XI. MEDIDAS PARA ENTORNOS AMBULATORIOS

Los pacientes con enfermedades infecciosas transmisibles se ven con frecuencia en entornos ambulatorios (por ejemplo, clínicas ambulatorias, consultorios médicos, servicios de urgencias) y potencialmente, exponen al personal sanitario y a otros pacientes, familiares y visitantes.

Se insta a los proveedores de atención de salud que trabajan en entornos ambulatorios a implementar además de las precauciones estándar, medidas de contención de la fuente considerando los mecanismos de transmisión como por ejemplo, solicitando a los pacientes usar un mascarilla o cubrir la boca y nariz al toser con pañuelos desechables para prevenir la transmisión de infecciones por gotas, comenzando en el punto de encuentro inicial con el paciente.

Son estrategias útiles es estos entornos:

1. Colocar rótulos en la entrada de las instalaciones en la recepción o el mostrador de registro, solicitando que el paciente o las personas que acompañen al paciente informen rápidamente a la recepcionista o personal asistente o triage la razón de su consulta para poder identificar si se trata de procesos respiratorios, diarrea, erupción cutánea e implementar medidas más oportunamente desde el ingreso a la instalación.
2. Colocación de pacientes potencialmente infecciosos sin demora en las áreas que hayan gestionado previamente para este fin (consultorio, cubículo, sala de espera) separando o limitando el contacto con el resto de los pacientes mientras dure la atención.
3. Oriente al paciente o sus acompañantes a seguir las recomendaciones para higiene respiratorias y etiqueta de la tos.
4. En escenarios de hiperendemia o brotes las áreas de espera deben ser reforzadas en su programa de limpieza de superficies y reordenamientos y separación de sillas.
5. Si es necesario consulte con la Unidad de epidemiología Hospitalaria y/o Programa o Comité de prevención y control de Infecciones asociadas a la atención de salud de la Instalación.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud*. Washington.
- Boyce John, P. D. (2002). Guía para higiene de manos en instalaciones de Salud. *MMWR*, 2.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Guía de la OMS sobre Higiene de manos en la atención de la Salud. Resumen*.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen
- Ministry of Health Malaysia. (2002). Standard Precaution. Malaysia.
- Acosta-Gnauss, S. I. (2011). *Manual de Control de Infecciones y epidemiología hospitalaria*. Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Manual Técnico de referencia para la higiene de manos 2009*.

Caja de Seguro Social. (2016). *Norma Institucional de Precauciones estándar y de Precauciones según vía de transmisión.*

Siegel JD, R. E. (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventions transmission in infections agents in healthcare setting.

CDC. (2006). Management of multidrug-resistant organism in healthcare setting .

Albornoz, H. (s.f.). Medidas de aislamiento para microorganismo multiresistente.

<https://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html>

https://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/bloodborne_quickref.html

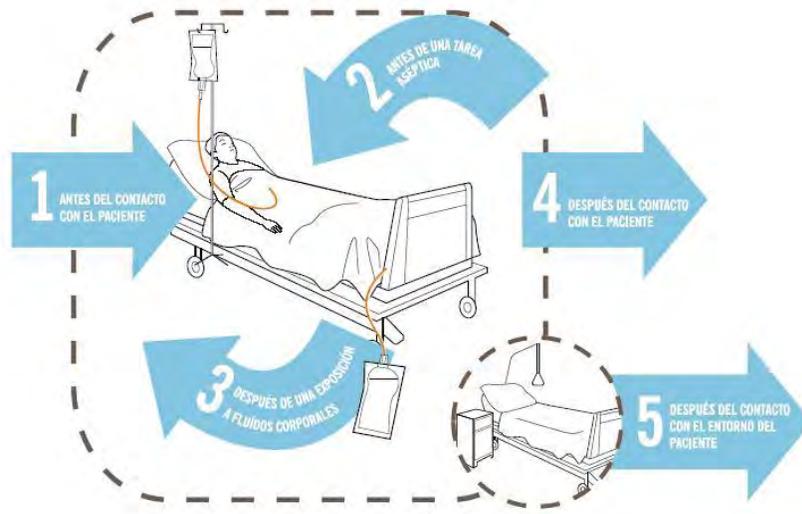
<https://www.osha.gov/>

<https://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/>

<https://medlineplus.gov/infectioncontrol.html>

ANEXO 1

LOS 5 MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS



ANEXO 2

HIGIENE DE MANOS	GUANTES	BATA	MASCARILLA/ PROTECTOR OCULAR	PRÁCTICA DE INYECCIÓN SEGURA	ETIQUETA RESPIRATORIA Y TOS	MANEJO DEL EQUIPO DEL PACIENTE	MANEJO DE ROPA SUCIA Y DESECHOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS
<p>Utilice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agua y jabón - Agua y antiséptico - Un producto libre de agua (gel alcoholado) <p>Antes y después de brindar atención al paciente.</p>	<p>Ante el riesgo de contacto con sangre y fluidos corporales.</p> <p>Cambiar los guantes después del contacto con cada paciente.</p>	<p>Ante el riesgo de contacto con sangre y fluidos corporales.</p>	<p>Ante el riesgo de salpicaduras con sangre y fluidos corporales en mucosa oral, nasas y ocular.</p>	<p>No recolocar la tapa de agujas.</p> <p>Use los contenedores indicados para depositar agujas y objetos punzocortantes ya que son resistentes a la punción.</p>	<p>Contener las secreciones respiratorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cubrir la boca y nariz - Utilizar pañuelo al toser y estornudar <p>-Higiene de manos</p>	<p>Incluye limpieza, desinfección y/o Esterilización de todo el equipo utilizado con el paciente.</p>	<p>Cumplir con las normas de la institución.</p>

PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Su objeto es reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas.

Aplicar siempre durante la atención de pacientes (ambulatorios u hospitalizados), independientemente de su diagnóstico o su presumible estado infeccioso y cuando exista riesgo de exposición a:

- Sangre
- Todos los fluidos corporales, secreciones y excreciones, contengan o no sangre visible
- Piel no intacta
- Membranas mucosas

EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRECAUCIONES ESTANDARES ES CLAVE PARA EL ÉXITO DEL CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

Bibliografía: Acosta-Gnass, Silvia I. 2011. Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

ANEXO 3



PRECAUCIONES EN LA TRANSMISIÓN POR CONTACTO

IMPLEMENTAR ADEMÁS DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR



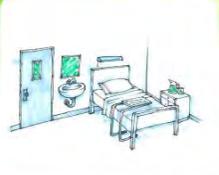
HIGIENE DE MANOS



GUANTES Y BATA DESECHABLES



MATERIAL CLÍNICO DE USO EXCLUSIVO



HABITACIÓN INDIVIDUAL

1. Realice higiene de manos antes y después del contacto con el paciente o su entorno, utilice agua y jabón líquido con antiséptico o una solución antiséptica a base de alcohol si las manos no están visiblemente sucias.
2. Colóquese guantes y bata desechable para entrar a la habitación del paciente. El retiro de los guantes y bata se hará antes de salir de la habitación. Luego realizar higiene de manos.
3. Use equipos y materiales no crítico desechables para el cuidado del paciente, sino es posible que sean desechables establezca que sean de uso exclusivos del paciente y si es inevitable que el equipo sea exclusivo, limpie y desinfecte inmediatamente después de su uso.
4. Ubique al paciente en una habitación individual, en caso de no tener disponibilidad de habitación individual se realizará una cohorte (pacientes con la misma infección con el mismo microorganismo), manteniendo una distancia mínima de 1 metro entre camas o cunas.

PRECAUCIONES PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN POR CONTACTO Y DURACION PARA CIERTAS INFECCIONES/CONDICIONES

Siglas utilizadas :

MDE: mientras dure la enfermedad, en herida significa hasta que deje de drenar

TE: hasta el tiempo especificado en horas después de la iniciación de la terapia efectiva

MDE
<ul style="list-style-type: none"> -Abscesos: drenaje mayor -Adenovirus, infección en bebés y niños -Celulitis, drenaje -Clostridium difficile -Conjuntivitis viral aguda -Difteria cutánea -Ebola -Enterocolitis por C. difficile -Enterovirales(infecciones) en niños -Fiebres hemorrágicas (Lassa, Ebola) -Forunculosis estafilococcainfantiles y niños -Gastroenteritis por C. difficile -Gastroenteritis por Escherichiacoli(pacientes con pañales o incontinentes) -Gastroenteritis por Rotavirus (pacientes con pañales o incontinentes) -Gastroenteritis por Shigellaspp(pacientes con pañales o incontinentes) -Hepatitis A (pacientes con pañales o incontinentes) -Heridas, infectadas mayores -Herpes simplex en neonatal, mucocutáneo, diseminado o primario severo

MDE
<ul style="list-style-type: none"> -Herpes zoster (varicela-zoster), localizado en pacientes inmunocomprometidos o diseminado -Impétigo -Marburg, Virus de -Microorganismos multirresistentes, infección o colonización gastrointestinal o respiratorio, piel, heridas o quemados -Neumonía por adenovirus -Parainfluenza, infección respiratoria en niños e infantes -Rubeola congénita * -Staphilococcuspp, piel, herida o quemadura mayor -StreptococcusGrupo A, piel, herida o quemadura mayor -Tuberculosis extrapulmonar, lesiones drenando (incluyendo escrófula) -Ulcera por decúbito infectada, mayor -Varicela ** -Virus sincitial respiratorio, infantes, niños, adultos inmunocomprometidos

TE-24H
<ul style="list-style-type: none"> -Escabiosis -Pediculosis -StreptococcusGrupoAViraleninfantesy niños

* Hasta 1 (un) año de edad; si los cultivos nasofaríngeo y de orina son negativos repetidamente luego de los 3 (tres) meses de edad, pasar a precauciones estándares
 **Hasta que las lesiones se secan y hacen costras

Bibliografía: Acosta-Gnass, Silvia I. 2011, Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

ANEXO 4



PRECAUCIONES EN LA TRANSMISIÓN AÉREA



IMPLEMENTAR ADEMÁS DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR



HIGIENE DE MANOS



RESPIRADOR N95



HABITACIÓN INDIVIDUAL



RESTRICCIONES DE SALIDA

1. Haga higiene de manos antes y después del contacto con el paciente o su entorno, utilice agua y jabón líquido con antiséptico o una solución antiséptica a base de alcohol si las manos no están visiblemente sucias.
2. Colóquese un respirador N95 antes de entrar a la habitación del paciente, asegúrese que este bien colocada. El retiro del respirador lo hará fuera de la habitación del paciente.
3. Ubique al paciente en una habitación individual con presión negativa. En caso de no contar con presión negativa mantenga las ventanas de la habitación abiertas. Mantenga la puerta cerrada.
4. Limite la salida del paciente fuera de la habitación, solo a razones médicas, en cuyo caso se le colocará una mascarilla quirúrgica la cual mantendrá mientras permanezca fuera de la habitación.

Recordar informar al personal del área (donde el paciente será llevado) la patología y las medidas de prevención a seguir.

PRECAUCIONES PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN AÉREA Y DURACIÓN PARA CIERTAS INFECCIONES/CONDICIONES

Siglas utilizadas:

MDE: mientras dure la enfermedad, en herida significa hasta que deje de drenar

TE: hasta el tiempo especificado en horas después de la iniciación de la terapia efectiva.

HFT: hasta finalizar el tratamiento

MDE

- Sarampión en todas las presentaciones
- Tuberculosis pulmonar, confirmada o sospechosa y enfermedad laríngea *
- Tuberculosis Extrapulmonar, con lesiones drenando (incluyendo escrófula) *
- Herpes Zoster (varicela - zoster)
 - Localizado, en pacientes inmunosuprimidos o diseminado, hasta cuando todas las lesiones esten secas y costrosas

* **Descontinuar las precauciones por aire sólo cuando el paciente, en terapia efectiva, está mejorando clínicamente y tiene tres extendidos consecutivos de esputo negativos para BAAR colectados en días separados**

Bibliografía: Acosta-Gnass, Sílvia I. 2011. Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Organización Panamericana de la Salud.
Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

ANEXO 5



PRECAUCIONES EN LA TRANSMISIÓN POR GOTITAS

IMPLEMENTAR ADEMÁS DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR



HIGIENE DE MANOS



MASCARILLA QUIRÚRGICA



HABITACIÓN INDIVIDUAL



RESTRICCIONES DE SALIDA

1. Realice higiene de manos antes y después del contacto con el paciente o su entorno, utilice agua y jabón líquido con antiséptico o una solución antiséptica a base de alcohol si las manos no están visiblemente sucias.
2. Colóquese mascarilla quirúrgica y protección ocular si va a estar a menos de 1 metro del paciente.
3. Ubique al paciente en una habitación individual en caso de no tener disponibilidad de habitación individual se realizará una cohorte (pacientes con la misma infección con el mismo microorganismo), manteniendo una distancia mínima de 1 metro entre camas o cunas.
4. Limite la salida del paciente fuera de la habitación, solo por razones médicas, en cuyo caso se le colocará una mascarilla quirúrgica la cual mantendrá mientras permanezca fuera de la habitación. Recordar informar al personal del área donde el paciente será llevado la patología y las medidas de prevención a seguir.

PRECAUCIONES PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN POR GOTITAS Y DURACIÓN PARA CIERTAS INFECCIONES/CONDICIONES

Siglas utilizadas :

- MDE:** mientras dure la enfermedad, en herida significa hasta que deje de drenar
- TE:** hasta el tiempo especificado en horas / días después de la iniciación de la terapia efectiva
- HFT:** hasta finalizar el tratamiento

MDE

- Adenovirus, infección en bebés y niños
- Neumonía:
 - Adenovirus
 - Mycoplasma (neumonía atípica primaria)

HFT

- Difteria faríngea

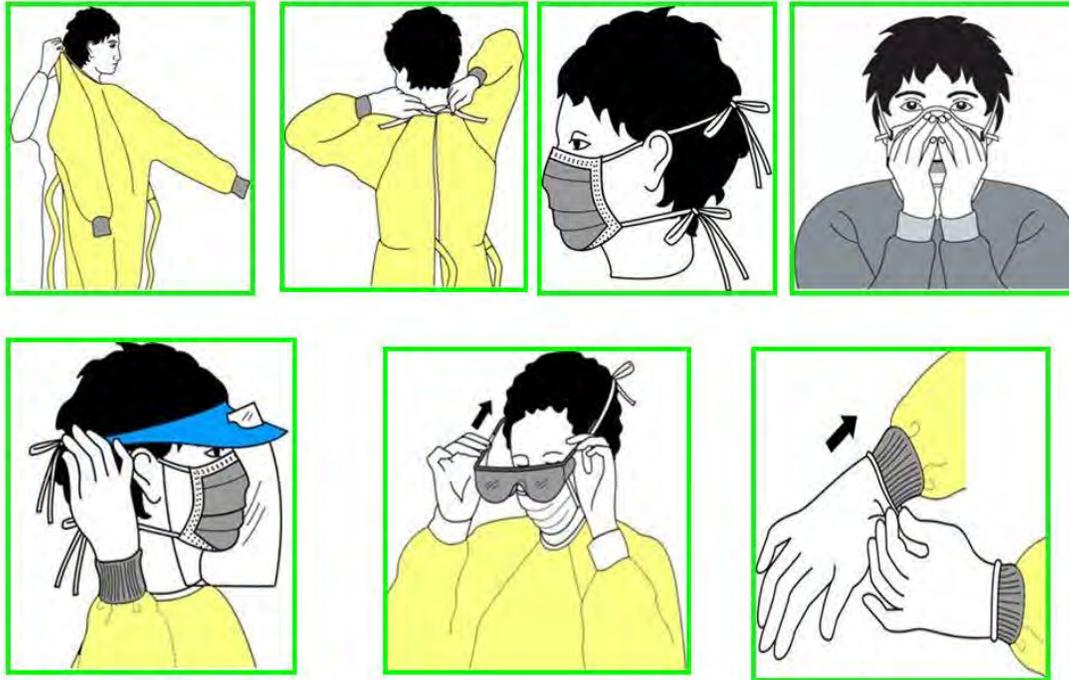
TE

- Epiglotitis, causada por Haemophilus influenzae (24h)
- Influenza (5 días)
- Meningitis:
 - H. influenzae, confirmada o sospechosa (24h)
 - Neisseria meningitidis, confirmada o sospechosa (24h)
- Meningococemia (24h)
- Neumonía:
 - H. influenzae en infantes y niños, de cualquier edad (24h)
 - Meningococcia (24h)
- Streptococcus Grupo A
 - Infantes y niños (24h)
- Parotiditis (9 días)
- Parvovirus B19 (7 días)
- Pertussis (tos convulsa) (5 días)
- Plaga neumónica (72h)
- Rubeola (7 días)
- Streptococcus Grupo A:
 - Faringitis en infantes y niños (24h)
 - Fiebre escarlatina en infantes y niños (24h)
 - Neumonía en infantes y niños (24h)

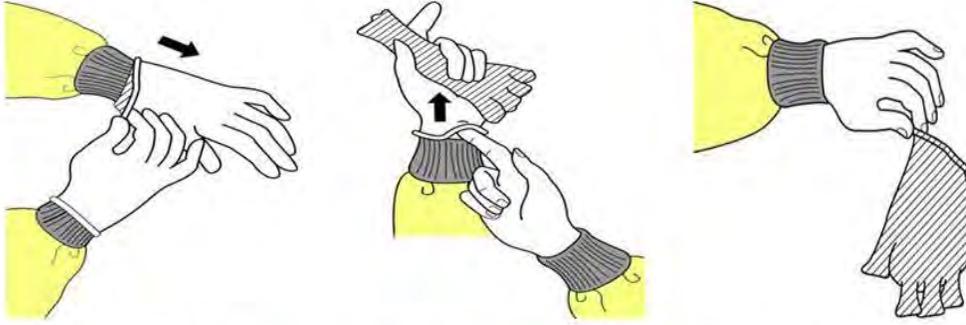
Bibliografía: Acosta-Gnass, Silvia I. 2011. Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

ANEXO 6

Colocación de EPP



ANEXO 7



Retiro EPP





**REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

RESOLUCIÓN No. 511
(De 28 de junio de 2019)

Que adopta las normas para la prevención y control de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que el artículo 2 del Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud, establece que le corresponde a esta Institución, el estudio, formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud y supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el sector en concordancia con la planificación del desarrollo y mediante la coordinación de los recursos que se destinan o destinen para el cuidado de la salud.

Que en ese mismo sentido, el Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, señala como parte de las funciones generales el mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, a través del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población, lleva a cabo la iniciativa de crear el Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y de desarrollar las normas de prevención de infecciones asociadas a la atención de salud en Panamá.

Que de acuerdo a la Política Nacional de Salud vigente, descrita en el Decreto Ejecutivo No. 119 de 9 de mayo de 2017, es prioritario mejorar la calidad de los servicios de salud con la conformación y/o fortalecimiento de los Comités de Prevención, Vigilancia y Control de las infecciones asociadas a la atención de salud.

Que las infecciones asociadas a la atención de salud constituyen un problema de salud pública, con gran importancia clínica y epidemiológica debido a que pueden condicionar un incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Que las normas para la prevención y control de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), han sido el producto del trabajo conjunto de funcionarios del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, de la asociación de clínicas y hospitales privados y de asociaciones gremiales, en cumplimiento de la Resolución N.º 499 de 28 de diciembre de 2001, que crea el Comité Técnico Nacional para la Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales.



RESOLUCIÓN No. 511 de 28 de junio de 2019

Que adopta las normas para la prevención y control de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país

Página No. 2

Que la presente norma brinda lineamientos al personal que labora en las instalaciones de salud para que realice actividades de atención más seguras en los pacientes, aplicando medidas de prevención y control de infecciones.

Que en virtud de lo antes expuesto,

RESUELVE:

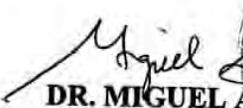
Artículo Primero: Adoptar la norma para la prevención y control de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ) para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país, que se reproducen en el Anexo 1 y que forma parte integral de la presente resolución.

Artículo Segundo: Las instalaciones de salud del país podrán elaborar manuales y/o guías propias basadas en estas normas, con el fin de facilitarles la adecuación de sus procesos sin apartarse de lo normado.

Artículo Tercero: La presente resolución empezará a regir al día siguiente de su promulgación.

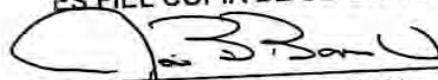
FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014 y Decreto Ejecutivo No.119 de 9 de mayo de 2017.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,


DR. MIGUEL A. MAYO BELLO
 Ministro de Salud




ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

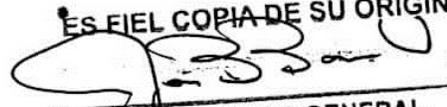

 SECRETARIO GENERAL
 MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 511 de 28 de junio de 2019

Que adopta las normas para la prevención y control de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.

ANEXO 1



ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

SECRETARIO GENERAL
MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTO DE INSTALACIONES Y SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN

Mayo 2019

**NORMAS PARA LA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE INFECCIONES DEL
SITIO QUIRÚRGICO**

AUTORIDADES

MIGUEL MAYO
MINISTRO DE SALUD

ERIC ULLOA
VICEMINISTRO DE SALUD

NITZIA IGLESIAS
SECRETARIO GENERAL DE SALUD

ITZA BARAHONA DE MOSCA
DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA

FELICIA TULLOCH
SUBDIRECTORA GENERAL DE SALUD A LA POBLACIÓN

GRUPO TÉCNICO ORGANIZADOR

Dr. Carlos Gálvez	Jefe del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población. (DISSP)
Dra. Milagros Herrera	Técnico (Médico), del DISSP
Dr. Pedro Contreras	Técnico (Médico), del DISSP
Dr. Ramón Taylor	Técnico (Médico), del DISSP
Dra. Liliane Valdés	Técnico (Odontóloga), del DISSP
Mgter. Itzel S. de Martínez	Técnico (Enfermera), del DISSP

GRUPO ELABORADOR DE LA NORMA

Dra. Lisbeth Hayer	Departamento Nacional de Epidemiología, MINSA
Licdo. Olmedo Zapata	Dirección Promoción de la Salud, MINSA
Lic. Eglis Lazo	Programa de Salud Ocupacional, MINSA
Lic. María Teresa Iglesias	Departamento de Gestión de Laboratorio, MINSA
Lic. Jackeline Yankus	Dirección de Provisión y de Servicios de Salud, MINSA
Dra. Gladys Guerrero	Coordinación Nacional de IAAS, CSS
Dra. Yanela Arcía	Coordinación Nacional de IAAS, CSS
Dra. Amalia Rodríguez F	Coordinadora del Comité de IAAS, Hospital Santo Tomás
Lic. Eneida T. de Brown	Comité de IAAS, Hospital Santo Tomás
Lic. Leyda de McKinnon	Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá
Lic. Nisla de González	Comité de IAAS, Hospital Santo Tomás
Dr. Roderick Chen	Comité de IAAS, CSS
Lic. Damaris Morales	Comité de IAAS, Hospital del Niño
Lic. Raquel de Bolaños	Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública
Lic. Ana Cavalli	Comité de IAAS, Hospital Oncológico Nacional
Lic. Argelis Olmedo	Comité de IAAS, Hospital Punta Pacífica
Lic. Carmen G. González	Comité de IAAS, Hospital de Especialidades Pediátricas
Lic. Imelda Rodríguez	Comité de IAAS, Hospital de Especialidades Pediátricas
Lic. Olga Pinto	Colegio Nacional de Laboratoristas Clínicos, Panamá

REVISOR EXTERNO

Dr. Carlos Ballestero	Médico Intensivista. Hospital Santo Tomás
Dr. Antonio Torres	Médico Infectólogo. Hospital Santo Tomás
Dra. Kathia Luciani	Médico Infectóloga Pediatra, Hospital de Especialidades Pediátricas. CSS
Dra. Sonia Vargas	Jefa de Intensivo, Hospital del Niño
Dr. Raúl Esquivel	Jefe de Epidemiología. Hospital del Niño
Dra. Ana Baso Amores	Jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santo Tomás
Licda. Esperanza A. de Araúz	Enfermera Jefe de Material Médico Quirúrgico. Hospital Santo Tomás.

TABLA DE CONTENIDO

I.	Introducción	5
II.	Marco legal	5
III.	Objetivos	6
IV.	Alcance	6
V.	Responsables	6
VI.	Documentos y registros	6
VII.	Definiciones	6
VIII.	Factores de riesgo	11
IX.	Medidas de prevención y control	12
	A. Educación	12
	B. Medidas generales	13
	C. Preparación del paciente	13
	D. Personal del equipo quirúrgico y la vestimenta quirúrgica	13
	E. Preparación del sitio quirúrgico	14
	F. Higiene quirúrgica de las manos	14
	G. Profilaxis antibiótica	15
	H. Técnica quirúrgica	15
	I. Normotermia y control de glicemia	16
	J. Oxigenación	16
	K. Esterilización del instrumental quirúrgico	16
	L. Ventilación y temperatura del quirófano	16
	M. Circulación en el salón de operaciones	17
	N. Limpieza y desinfección del área del quirófano	17
	O. Muestreo microbiológico	17
	P. Medidas en el postoperatorio	17
	Q. Listas de verificación	18
	R. Vigilancia	18
	S. Enfoques especiales de prevención	18
X.	Supervisión	
XI.	Bibliografía	
	Anexo 1 Lista de verificación para prevención de infección del sitio quirúrgico.....	20
	Anexo 2 Recomendaciones a los pacientes para la prevención de infección de sitio quirúrgico.....	22
	Anexo 3 Técnica de higiene de manos quirúrgica	24
	Anexo 4 Los 5 momentos de higiene de manos en la atención a pacientes con herida quirúrgica	27
	Anexo 5 Lista de verificación para seguridad de la cirugía	28

I. INTRODUCCIÓN

La infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) es la causa más importante de infección y la complicación más frecuente asociada a la atención de salud en el paciente quirúrgico. Si bien se han logrado avances en las prácticas de control de infecciones, incluyendo mejoras en la técnica quirúrgica, ventilación de la sala de operaciones, métodos de esterilización y barreras y la disponibilidad de profilaxis antimicrobiana, estas siguen ocurriendo entre el 2% al 5% de los sometidos a cirugía lo que es aproximadamente 160,000-300,000 casos cada año en los Estados Unidos y se asocia aproximadamente con 7 a 11 días adicionales de hospitalización, por lo que su prevención tiene un impacto significativo en la calidad de atención y gasto hospitalario. Las infecciones de sitio quirúrgico se asocian con una tasa de mortalidad del 3%, y el 77% de estas muertes son directamente atribuibles a la ISQ. El costo atribuible de una infección depende del tipo de procedimiento quirúrgico y del patógeno infectante. De las infecciones en sitio quirúrgico, dos tercios se relacionan con la incisión superficial quirúrgica y el resto de órgano/espacio.

La identificación de los factores de riesgo y la demostración de su impacto ha permitido definir las medidas preventivas, dirigidas a disminuir la posibilidad de contaminación del sitio quirúrgico, a mejorar el estado general o local del paciente y a evitar la transformación de la contaminación en infección.

Esta norma se ha desarrollado con el fin de proporcionar los lineamientos para la prevención, con el mayor grado evidencia científica y fuertemente recomendadas para su implementación.

II. MARCO LEGAL

- Código Sanitario Ley 66 de 10 de noviembre de 1947. "Por la cual se aprueba el Código Sanitario" (G.O. 10467 de 6 de diciembre de 1947).
- Decreto Ejecutivo N° 1617 de 21 de octubre de 2014. Que determina y categoriza los eventos de Salud Pública de notificación e investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización.
- Resolución N° 1392 de 26 de noviembre de 2010. Por la cual se aprueban las Normas Nacionales de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales y sus respectivos anexos.
- Decreto Ejecutivo N° 119 de 29 de mayo de 2003, Reglamento general de médicos internos y residentes
- Resolución N° 0872 de 2 de septiembre de 2011, Que adopta la definición de casos colonizados y casos confirmados de *Klebsiella pneumoniae*, productora de la enzima carbapenemasa (KpKPC) en las instalaciones de salud del territorio nacional y dicta otras disposiciones.
- Ley N° 68 de 20 de noviembre de 2003 y Decreto Ejecutivo 1458 de 6 de noviembre de 2012. "Que regula los derechos y Obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e Informada."

III. OBJETIVOS

1. Proveer estrategias a los trabajadores de salud para prevención de las infecciones de sitio quirúrgico en los pacientes que reciben atención en las instalaciones de la red de salud de la República de Panamá
2. Reducir la densidad de incidencia de infecciones de sitio quirúrgico en los pacientes que reciben atención en las instalaciones de la red de salud de la República de Panamá.

IV. ALCANCE

Esta norma está dirigida a todos los profesionales de salud que realizan procedimientos quirúrgicos y/o brindan atención directa a pacientes que han sido o serán sometidos a procedimientos quirúrgicos en adultos y niños en instalaciones de salud del sector público y privado.

V. RESPONSABLES

Del cumplimiento de la norma	Todo personal de salud que tenga injerencia, realice o asista a los pacientes en el peri operatorio (pre, trans y post operatoria)
De hacer cumplir la norma	La Dirección Médica, Jefes de departamento y servicios quirúrgicos, Jefe del Salón de Operaciones, Anestesia y Enfermería.
De realizar la supervisión del cumplimiento de la norma.	El nivel jerárquico superior inmediato donde se realiza el procedimiento y/o su cuidado.
De gestionar la disponibilidad y el suministro de insumos	Las direcciones administrativas, la Dirección médica y las jefaturas de servicios
De la captación y análisis de la Información	El equipo operativo de control de infecciones evaluará, periódicamente, el cumplimiento de la norma, a través de la medición de indicadores y actividades de supervisión.

VI. DOCUMENTOS Y REGISTROS

Todos los documentos del Expediente Clínico (físico y/o electrónico).

VII. DEFINICIONES

A. CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS SEGÚN GRADO DE CONTAMINACIÓN:

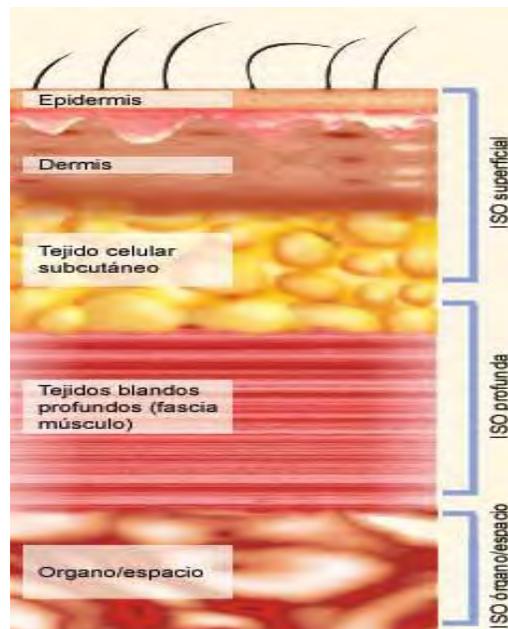
- **Herida Limpia:** aquella donde la incisión atraviesa una piel sana, sin penetrar las mucosas respiratorias, digestivas, genitourinarias, ni la cavidad oro faríngea.
- **Herida Limpia Contaminada:** heridas que implican la apertura, en condiciones controladas y sin contaminación inusual, del aparato respiratorio, digestivo, genital o urinario

- **Herida Contaminada:** heridas traumáticas o quirúrgicas en la cual ha habido una trasgresión de la técnica, gran contaminación a partir del tubo digestivo o ingreso en las vías genitourinarias o biliares en presencia de orina o bilis infectadas. Incluye incisiones que encuentran una inflamación aguda no purulenta.
- **Herida Sucia:** Incluyen heridas traumáticas sucias o con tratamiento retardado, contaminación fecal, cuerpos extraños, víscera desvitalizada o líquido purulento visible de cualquier origen.

B. CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN:

Según la estructura anatómica afectada, la infección puede ser:

- **Incisional superficial:** cuando compromete piel o tejido subcutáneo.
- **Incisional profunda:** cuando compromete tejidos blandos.
- **De órgano o espacio:** cuando compromete tejidos anatómicos distintos a la incisión y que fueron abiertos o manipulados durante la intervención.



C. DEFICIONES DE CASO

Las definiciones contenidas en el presente documento corresponden a las definiciones de caso establecidas en el sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de salud por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Panamá y están sujetas a cambios introducidos por el mismo.

INFECCION DE SITIO QUIRURGICO

Infección superficial de sitio quirúrgico

La infección ocurre en los 30 días posteriores a cualquier procedimiento quirúrgico (día 1= día del procedimiento)

y

Afecta sólo piel y tejido subcutáneo del área de incisión

y

al menos uno de los siguientes:

- a) Presencia de secreción purulenta en la incisión superficial
- b) Microorganismos aislados en cultivo de muestra de fluidos o tejidos de la incisión superficial obtenidas en forma aséptica o por otro método microbiológico verificado por el Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública/Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (LCRSP/ICGES) realizado con fines diagnóstico o terapéutico
- c) Incisión superficial deliberadamente abierta por un cirujano, médico tratante u otro personal asignado y tiene cultivo positivo o está sin cultivo

y

al menos uno de los siguientes signos y síntomas de infección: dolor o hipersensibilidad, edema localizado, rubor o calor. El cultivo negativo no reúne este criterio.

- d) Diagnóstico de infección superficial de sitio quirúrgico realizado por el cirujano o médico tratante u otro personal asignado.

Comentarios

- Existen dos tipos específicos de infección superficial de sitio quirúrgico
 - a) **Incisión superficial primaria (SIP):** infección en herida superficial que se identifica en la incisión primaria de un paciente que tiene una cirugía con una o más incisiones (ej. Incisión torácica por injerto de bypass coronario)
 - b) **Incisión superficial secundaria (SIS):** infección en herida superficial que se identifica en la incisión secundaria de un paciente que tiene una cirugía con más de una incisión (ej. Incisión del sitio donante por injerto de bypass coronario)

Instrucciones para la Notificación

Los siguientes eventos **NO** reúnen los criterios para ser clasificados como infecciones superficiales del sitio quirúrgico:

- Diagnóstico/Tratamiento de celulitis (por sí sola) que presenta enrojecimiento, calor, hinchazón no cumple con los criterios de SSI. Una incisión que está drenando o con microorganismo identificado por cultivo u otro método diagnóstico no es considerado celulitis.
- Absceso puntiforme (mínima inflamación y supuración confinada al sitio de penetración de los puntos de sutura)
- Las heridas localizadas por arma blanca o infección del sitio donador, se pueden considerar como infección de la piel o de tejidos blandos dependiendo de la profundidad, pero no se notifican en este ítem.
Nota: un sitio de trocar laparoscópico para un procedimiento quirúrgico no es considerado una herida por arma blanca.
- La circuncisión no es un procedimiento quirúrgico. Una circuncisión infectada en el recién nacido se clasifica como CIRC (infección en la circuncisión del recién nacido) y no se reporta como SSI
- Quemaduras infectadas se clasifican como BURN (infección por quemaduras)

Infección profunda de sitio quirúrgico

Las infecciones profundas de sitio quirúrgico deben cumplir con los siguientes criterios:

1. La infección ocurre entre 30 a 90 días posteriores al procedimiento quirúrgico (día 1= día del procedimiento) de acuerdo al listado (Tabla No. 1)

y

Afecta tejidos blandos profundos de la incisión (fascia y capas musculares)

y

Debe cumplir **con al menos uno** de los siguientes:

- a) Presencia de secreción purulenta en la incisión profunda
- b) Dehiscencia espontánea de la incisión profunda o deliberadamente abierta por un cirujano, médico tratante u otro personal asignado y presencia de microorganismo identificado por cultivo u otro método microbiológico

y

al menos uno de los siguientes signos y síntomas: fiebre (> 38°C), dolor localizado o hipersensibilidad. Un resultado negativo de cultivo u otro método microbiológico no cumple con este criterio.

- c) Un absceso u otra evidencia de infección que involucra la incisión profunda detectada por examen directo o examen histopatológico o radiológico.

Comentarios

- Existen dos tipos específicos de infección de sitio quirúrgico profundo:
 - a) Incisión profunda primaria (DIP): infección en sitio quirúrgico profundo que se identifica en una incisión primaria de un paciente que tiene una cirugía con una o más incisiones (ej. Cesárea o incisión torácica por injerto de bypass coronario)
 - b) Incisión profunda secundaria (DIS): infección en sitio profundo que se identifica en la incisión secundaria de un paciente que tiene una cirugía con más de una incisión (ej. Incisión del sitio donante por injerto de bypass coronario)

Infección de sitio quirúrgico que compromete órgano/espacio

Las infecciones de sitio quirúrgico que compromete órgano/espacio deben cumplir con los siguientes criterios:

1. Infección que ocurre en un periodo de 30 a 90 días posteriores a cualquier procedimiento quirúrgico (día 1= día del procedimiento) de acuerdo al listado

y

Afecta cualquier parte del cuerpo más profundo que la fascia o capas musculares que son abiertas o manipuladas durante un procedimiento quirúrgico

y

Debe cumplir **con al menos uno** de los siguientes:

- a) Presencia de secreción purulenta por drenaje ubicado en el órgano/espacio (ejm. sistema de drenaje de succión cerrado, drenaje abierto, drenaje con tubo T, drenaje guiada)
- b) Microorganismo aislado en cultivo de muestra de fluidos o tejidos del órgano/espacio obtenidas en forma aséptica
- c) Un absceso u otra evidencia de infección que involucra el órgano/espacio detectado en examen directo o examen histopatológico o radiológico

y

Al menos uno de los criterios establecidos para infección del sitio quirúrgico que involucra órgano/espacio descritos en el listado. (Tabla, No. 2)

Instrucciones para la Notificación

- Si un paciente operado tiene una infección de sitio quirúrgico que compromete órgano/espacio y esta infección continua durante el periodo de vigilancia, se considera infección de órgano/espacio si cumple con los criterios.
- Notificar mediastinitis después de una cirugía cardíaca que está acompañada de osteomielitis como SSI-MED.
- Notificar meningitis (MEN) y absceso cerebral (IC), ambos presentes después de una cirugía como SSI-IC. En caso de meningitis y absceso espinal (SA) se notifica como SSI-SA.

Tabla No. 1 Procedimientos quirúrgicos que deben tener un tiempo de vigilancia por sitio quirúrgico profundo o de órgano/espacio

30 días de vigilancia			
Código	Sitio	Código	Sitio
AAA	Reparación de aneurisma aórtico abdominal	LAM	Laminectomía
AMP	Amputación de miembros	LTP	Trasplante de hígado
APPY	Apendicectomía	NECK	Cirugía de cuello
AVSD	Derivación para diálisis	NEPH	Cirugía de riñón
BILI	Cirugía de conductos biliares, hígado o páncreas	OVRY	Cirugía de ovario
CEA	Endarterectomía de la carótida	PRST	Cirugía de próstata
CHOL	Cirugía de vesícula	REC	Cirugía rectal
COLO	Cirugía de colon	SB	Cirugía de intestino delgado
CSEC	Cesárea	SPLE	Cirugía de bazo
GAST	Cirugía gástrica	THOR	Cirugía torácica
HTP	Trasplante de corazón	THYR	Cirugía de tiroides y/o paratiroides
HYST	Histerectomía abdominal	VHYS	Histerectomía vaginal
KTP	Trasplante renal	XLAP	Laparotomía exploratoria
90 días de vigilancia			
Código	Sitio		
BRST	Cirugía de mamas		
CARD	Cirugía cardíaca		
CBGB	Bypass de arteria coronaria con incisión en tórax y sitio del donante		
CBGC	Bypass de arteria coronaria con incisión en tórax		
CRAN	Craneotomía		
FUSN	Fusión espinal		
FX	Reducción de fractura abierta		
HER	Herniorrafia		
HPRO	Prótesis de cadera		
KPRO	Prótesis de rodilla		
PACE	Cirugía de marcapaso		
PVBY	Cirugía de bypass vascular periférico		
VSHN	Derivación ventricular		

Nota: las infecciones de sitio quirúrgico superficial son vigiladas por 30 días solamente.

Tabla 2. Infecciones de sitio quirúrgico que compromete órgano/espacio

Código	Sitio	Código	Sitio
BONE	Osteomielitis	LUNG	Otra infección del tracto respiratorio
BRST	Mastitis o absceso mamario	MED	Mediastinitis
CARD	Miocarditis o pericarditis	MEN	Meningitis o ventriculitis
DISC	Espacio discal	ORAL	Cavidad oral (boca, lengua o encías)
EAR	Oído, mastoides	OREP	Otras infecciones del tracto reproductor masculino o femenino
EMET	Endometritis	PJI	Infección de la articulación periprostética
ENDO	Endocarditis	SA	Absceso espinal sin meningitis
EYE	Ojos, otro que conjuntivitis	SINU	Sinusitis
GIT	Tracto gastrointestinal	UR	Tracto respiratorio superior
HEP	Hepatitis	USI	Infección del sistema urinario
IAB	Intrabdominal no especificado	VASC	Infección arterial o venosa
IC	Intracraneal, absceso cerebral o dura	VCUF	Cúpula vaginal
JNT	Articulación o bursa		

VIII. FACTORES DE RIESGO

Relacionados al Paciente

- Edad avanzada
- Consumo de tabaco
- ASA ≥ 3
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Tratamiento inmunosupresor.
- Enfermedades inmunosupresoras.
- Infección activa
- Hipoalbuminemia
- Cirugías previas
- Estado nutricional
- Foco infeccioso activo en sitio anatómico remoto o a distancia

Relacionadas con la Atención

Pre-operatorio

- Profilaxis antibiótica inadecuada
- Preparación inadecuada
- Estancia pre-operatoria prolongada
- Rasurado

Trans-operatorio

- Inadecuado lavado quirúrgico de manos del personal
- Inadecuada Asepsia del sitio quirúrgico
- Pericia quirúrgica
- Sitio anatómico operado
- Poli transfusión
- Grado de contaminación de la cirugía
- Duración de la cirugía
- Uso de drenaje
- Hipotermia
- Hipoxemia
- Sangrado
- Tipo de cierre

Post-operatorio

- Reintervención
- Hiperglicemia

Relacionadas con el Ambiente

- Inadecuada ventilación de los quirófanos
- Fallas en los procesos de esterilización
- Deficiente limpieza y desinfección de superficies del quirófano
- Exceso de personas en salón de operaciones

IX. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL**A. EDUCACIÓN**

1. Capacitar al personal involucrado en la atención perioperatorio sobre las medidas de prevención de infecciones de sitio quirúrgico mediante la divulgación de la presente norma
2. El paciente y sus familiares o cuidadores deben ser orientados antes de la cirugía, acerca de los cuidados perioperatorios que deben cumplir con el fin de reducir el riesgo de infección. Ofrecer material impreso. (Anexo 2)
3. Los profesionales en formación o que están desarrollando competencia en algún aspecto del perioperatorio deben tener acompañamiento por un profesional de mayor experiencia mientras dure este proceso.

B. MEDIDAS GENERALES

1. El médico tratante del paciente debe anotar en el expediente el procedimiento quirúrgico a realizar.
2. Al paciente, familiar o tutor se le debe explicar el procedimiento a realizar, riesgo y complicaciones. Este debe firmar el consentimiento informado.
3. En situaciones de urgencia vital, actuar de acuerdo a lo contemplado en la ley 68.
4. La enfermera o el personal de salud asignado en salas de hospitalización, cuarto de urgencia o salón de operaciones, debe para toda cirugía aplicar la lista de verificación para la prevención de la infección del sitio quirúrgico aprobadas por la institución (Anexo 1).

C. PREPARACIÓN DEL PACIENTE

1. En la consulta donde se programa la cirugía se deberá orientar al paciente sobre medidas preoperatorias que debe cumplir, y se le entregara un folleto con recomendaciones generales escritas (Anexo 2).
2. Si el paciente está hospitalizado la enfermera vigilará que las medidas preoperatorias se realicen en la sala.
3. Identificar o descartar previamente cualquier proceso infección en pacientes programados para cirugías electivas, mediante un examen físico completo, solicitud de estudios de laboratorio, esto incluye descartar posibles focos infecciosos urinarios y dentales máximos entre 24-48 horas antes del procedimiento. Posponer, siempre que sea posible, el procedimientos quirúrgicos en pacientes infectados hasta tanto esto no sea resuelto.
4. Controlar la glicemia y mantenerla por debajo de 200 mg/dl mediante el cumplimiento del régimen de tratamiento indicado.
5. Hospitalizar el mismo día de la cirugía, o no más de 24 horas antes en procedimientos electivos.
6. **NO** remover el vello/pelo del sitio de la cirugía a menos que la presencia de vello/pelo interfiera con la misma, de ser así hacerlo en el área de preparación utilizando podadora o tijeras.

D. PERSONAL DEL EQUIPO QUIRÚRGICO Y LA VESTIMENTA QUIRÚRGICA

1. Todas las personas que por sus funciones tengan que entrar al salón de operaciones (quirófanos y recobro) tienen que retirarse la ropa de calle y colocarse el uniforme quirúrgico provisto por el hospital, esto incluye el gorro.
2. **No** está permitido sobre la ropa de calle colocarse el uniforme quirúrgico.
3. El uso de vestimenta del salón de operaciones es de uso exclusivo del área quirúrgica, **no deambular** con esta vestimenta en áreas ajenas al salón de operaciones. Queda **prohibido** utilizar ropa quirúrgica fuera de las áreas del salón de operaciones, excepto en caso de urgencia o traslado de pacientes para lo cual el personal que sale debe salir del salón de operaciones colocándose una bata cerrada (**de un solo uso**) y al regresar debe descartarla y hacer cambio completo del uniforme quirúrgico.
4. El personal que participa en el acto quirúrgico **no** debe utilizar abrigos dentro del quirófano.
5. El gorro quirúrgico debe cubrir completamente el cabello y debe ser preferiblemente **desechable**. En el caso de gorros de tela una vez que se utilizan debe ser enviados a la lavandería del centro hospitalario con el resto del uniforme quirúrgico.

6. Use batas quirúrgicas y paños de campo confeccionados con telas o materiales que sean resistentes a la penetración de líquidos.
7. Debe cambiarse el uniforme quirúrgico cuando esté visiblemente mojado, manchado, contaminado o penetrado con sangre u otro material potencialmente infeccioso.
8. El personal del equipo quirúrgico se debe quitar toda la joyería (sortijas, pulseras, relojes) para poder participar en un acto quirúrgico.
9. Antes de realizarse el lavado quirúrgico se debe colocar la mascarilla quirúrgica y la protección ocular.
10. La mascarilla debe cubrir totalmente boca y nariz y se mantendrá colocada:
 - Si se va a entrar al quirófano cuando una cirugía está por comenzar, está en curso y a lo largo de toda la cirugía y/o
 - Si los instrumentos estériles están expuestos
11. Mantener las uñas cortas, limpias, sin esmalte y se **prohíbe el uso de uñas acrílicas**.
12. Todos los miembros del equipo quirúrgico que vayan a estar en contacto con el campo operatorio y/o material estéril se deben realizar el lavado quirúrgico de las manos (Anexo 3).
13. Los miembros del equipo quirúrgico utilizan guantes estériles de un solo uso que se colocan después de la bata estéril.
14. Utilizar guantes especiales o dos pares de guantes desechables estériles cuando hay riesgo alto de perforación de guantes y las consecuencias de la contaminación pueden ser graves o en cirugías contaminadas.
15. El personal quirúrgico que presente síntomas o signos de infección se lo reportará a su jefe inmediato y serán referidos para evaluación por un médico.
16. No podrá participar en la cirugía el personal con afecciones cutáneas (forunculosis, dermatitis) u otros cuadros infecciosos.

E. PREPARACIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO

1. Lave y limpie con un jabón antiséptico en y alrededor del sitio quirúrgico antes de realizar la preparación antiséptica.
2. Posterior al lavado y secado de sitio quirúrgico, aplique el antiséptico en círculos concéntricos (del centro a la periferia). El área preparada debe ser lo suficientemente amplia por si fuera necesario extender la incisión.
3. Use productos antisépticos para la preparación de la piel del sitio quirúrgico, preferiblemente que contengan alcohol sino existe contraindicación. Utilice las concentraciones adecuadas y el tiempo recomendado por el fabricante y no menor a ese tiempo.

F. HIGIENE QUIRÚRGICA DE LAS MANOS

La higiene quirúrgica de las manos incluye además el área de los antebrazos hasta los codos. En el anexo 3 se describe la técnica. El personal del equipo quirúrgico cada vez que va a estar en contacto con el campo operatorio debe:

1. Límpiase debajo de cada uña antes de realizar el primer lavado de manos del día.
2. El primer lavado siempre se debe realizar con agua y un antiséptico que puede ser en primera instancia gluconato de clorhexidina al 4% o Yodopovidona al 7.5-10% por 5 minutos.
3. Los subsiguientes lavados se pueden realizar con agua y gluconato de clorhexidina entre el 2 al 4% o con productos a base soluciones de alcohol en concentraciones no menores de 60% +

gluconato clorhexidina por el tiempo recomendado por el fabricante.

4. No se debe realizar cepillado.
5. Después de realizada la higiene quirúrgica de las manos, mantenga las manos levantadas (codos flexionados) y alejadas del cuerpo.
6. Si utilizó la técnica de agua más un antiséptico el secado de las manos lo realizará con un paño o compresa estéril que se le proporcionara en el quirófano.

G. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

1. Administre profilaxis antibiótica: comience la administración dentro de la hora previa a la incisión para maximizar la concentración en el tejido (inducción anestésica). No utilice Vancomicina de manera rutinaria y limite su uso a situaciones especiales, en tales casos debe iniciarse su administración dos (2) horas antes de realizada la incisión.
2. Administre antibióticos profilácticos parenterales apropiados antes de la incisión cutánea en todos los procedimientos de cesárea.
3. La selección del antibiótico para la profilaxis debe basarse de acuerdo a:
 - i. el procedimiento a realizar,
 - ii. patrones de resistencia locales,
 - iii. patógenos más comunes asociados y
 - iv. antecedentes de alergia del paciente.
2. En procedimientos limpios y limpios contaminados, no se administran dosis adicionales de antibióticos profilácticos después de cerrar la incisión quirúrgica, incluso en presencia de un drenaje.
3. No aplique antibióticos profilácticos en presentación de ungüentos, soluciones o polvos a la incisión quirúrgica.
4. Los antimicrobianos profilácticos pueden volver a administrarse en procedimientos largos a intervalos de 2 vidas medias (medidos desde el tiempo que se administró la dosis preoperatoria) en los casos que excedan este tiempo y en los casos con pérdida excesiva de sangre durante el procedimiento. El anesthesiólogo velará por la administración de la profilaxis.
5. Use una combinación de antibióticos parenterales y orales para reducir el riesgo de infección en las cirugía de colon y recto.

H. TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. Mantener buenas técnicas quirúrgicas durante el procedimiento, como por ejemplo, manejo suave de los tejidos para minimizar el trauma, el mínimo uso de cauterio, hemostasia cuidadosa, desbridamiento adecuado con eliminación de los tejidos muertos o desvitalizados y cuerpos extraños.
2. Si el drenaje quirúrgico fuese necesario, utilizar drenaje de succión estrecha a través de una incisión separada del sitio de la incisión de la herida quirúrgica y el retiro tan pronto como sea posible.
3. No utilizar rutinariamente suturas impregnadas antisépticas como estrategia para prevenir infección de sitio quirúrgico.

I. NORMOTERMIA Y CONTROL DE LA GLICEMIA

1. Mantener la normotermia (Temperatura de 36,5 ° C o más) durante el período perioperatorio, a través de la utilización de soluciones tibias, medios de calentamiento convectivo o conductivo y/o frazadas. Además se debe llevar un registro de la temperatura.
2. Control glicémico a través de las mediciones en el perioperatorio haciendo énfasis en pacientes de mayor riesgo. Seguir o adoptar una guía clínica de evidencia comprobada para el manejo de casos de ser necesario.

J. OXIGENACIÓN

1. Optimizar la oxigenación tisular durante el perioperatorio manteniendo una buena perfusión tisular y ventilación adecuada.
2. Para pacientes con función pulmonar normal sometidos a anestesia general con intubación endotraqueal, administre FIO₂ aumentada durante la cirugía y después de la extubación en el período postoperatorio inmediato. Para optimizar el suministro de oxígeno en el tejido, mantenga la normotermia perioperatoria y el reemplazo de volumen adecuado

K. ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS

1. La esterilización del instrumental debe realizarse de acuerdo a la norma institucional vigente de descontaminación y esterilización de equipo y material médico quirúrgico.
2. La esterilización rápida (flash) **NO** está permitida, sin embargo podría utilizarse en casos donde el instrumental es único, y se presenta una situación de emergencia (ej. para reponer material caído accidentalmente durante una cirugía en curso).
3. Se debe verificar las condiciones del empaque y la fecha de vencimiento de la esterilización antes de colocar los instrumentos en campo estéril.
4. Validar los indicadores químicos internos de cada paquete esterilizado antes de colocarlo en el campo estéril.
5. Todo material quirúrgico que no tiene indicación de re-esterilización **NO DEBE RE-ESTERILIZARSE.**

L. VENTILACIÓN Y TEMPERATURA DEL QUIRÓFANO

1. Mantener ventilación de presión positiva en los quirófanos con respecto a los pasillos y áreas subyacentes.
2. Debe desarrollarse un programa para el mantenimiento del sistema, asegurarse de que el gradiente de presión objetivo es mantenido.
3. Mantener un mínimo de 15 recambios de aire por hora, de los cuales al menos tres (3) deben ser aire fresco.
4. Purificar todo el aire inclusive el aire fresco con filtros de alta eficiencia (HEPA) no inferior al 90%.
5. La temperatura debe estar entre 20° -24° C. Y podría ajustarse en caso de requerimiento de los pacientes especialmente en pediatría, geriatría, quemaduras, casos neonatales, entre otras y no debe ser ajustada para la comodidad del personal del salón de operaciones. Se recomiendan temperaturas de:

□ 25 - 26°C para recién nacidos

- 24 - 25°C hasta lactantes de 6 meses
 - 21°C para adultos
6. Utilice solo sistemas de aire acondicionado diseñados o aprobados para uso en estas áreas de centros hospitalarios.

M. CIRCULACIÓN EN EL SALÓN DE OPERACIONES

1. Las áreas deben estar delimitadas y señalizadas.
2. Mantener las puertas de los quirófanos cerradas durante el acto quirúrgico, excepto lo necesario para el paso de equipos, personal y paciente.
3. Limite el acceso al quirófano solo al personal estrictamente necesario para poder desarrollar el acto quirúrgico.
4. En el caso de hospitales docentes limite el número de personal en formación no relacionado al acto quirúrgico en el salón de operaciones.
5. Reduzca al máximo la circulación innecesaria, así como las corrientes de aire y el movimiento de puertas basculantes.

N. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

1. Realizar limpieza y desinfección de acuerdo a lo establecido en la norma o protocolo de limpieza vigente de cada instalación.
2. Para la limpieza y desinfección utilizar desinfectantes con registro sanitario vigente y aprobado por el Ministerio de Salud.

O. MUESTREO MICROBIOLÓGICO

1. No se realizará muestreo microbiológico de las superficies o aire ambiental **SOLO** como parte de una investigación epidemiológica (en caso de brotes).

P. MEDIDAS EN EL POSTOPERATORIO

1. Se recomienda proteger las heridas cerradas de forma primaria, con un apósito estéril o su equivalente por las primeras 48 horas
2. Cumplir con la recomendación de higiene de manos para cualquier manipulación de la herida del sitio quirúrgico (Anexo 4).
3. Utilizar técnica estéril al manipular el área de la herida.
4. La periodicidad de la curación estará dada por el tipo de curación y las condiciones de la herida.
5. El cambio de apósitos se debe hacer cuando el mismo se encuentre húmedo y evaluar signos de infección (eritema, dolor y salida de material purulento); además evalúe cambios inflamatorios relacionados con la fijación de los apósitos.
6. Asesorar antes de su egreso al paciente y a su familia en el cuidado de la herida, en la identificación de los signos de alarma de infección y en la búsqueda de atención oportuna (Anexo 2).
7. Todos los drenajes deben mantenerse en circuito cerrado estéril en forma permanente.
8. El drenaje debe mantenerse fijo a la piel para evitar desplazamientos.
9. El vaciamiento de los drenajes debe ser realizado con técnica aséptica.

10. Evalúe diariamente la posibilidad de remover el drenaje tan pronto como sea posible.

Q. LISTAS DE VERIFICACIÓN

Utilice además de la lista de verificación para la prevención de la infección del sitio quirúrgico, aprobadas por la institución y contenidas en el Anexo 1 de este documento, la lista de verificación de cirugía segura (OMS) la cual complementa la primera en busca de las mejores prácticas para mejorar la seguridad del paciente (Anexo 5)

R. VIGILANCIA

1. Utilizar las definiciones estandarizadas para infecciones de sitio quirúrgico adoptadas o elaboradas por el Ministerio de Salud de la República de Panamá (definiciones de casos, pág. 7).
2. Realizar vigilancia activa por el equipo de control de infecciones realizados por revisión de las historias clínicas, informes y resultados de laboratorio o consultando con los equipos de atención primaria o una combinación de ambos para la detección de las infecciones de sitio quirúrgico en los pacientes egresados.
3. Realizar la vigilancia postoperatoria durante 30 días; extender el período de vigilancia postoperatoria a 90 días para los procedimientos indicados en la tabla 1, según las normas de vigilancia epidemiológica de las IAAS.

S. ENFOQUES ESPECIALES DE PREVENCIÓN

Podría considerarse hacer tamizaje para detección de *S. aureus* si el perfil epidemiológico de la institución demuestra problemas o cambios con este agente, que ameriten implementar esta estrategia, NO hacer de rutina, sin una debida sustentación. De adoptarse esta estrategia deberá sumar un protocolo de descolonización si van a ser sometidos a un proceso quirúrgico de alto riesgo, entre ellos, algunos procedimientos ortopédicos y cardiacos que tienen necesidad de implantes.

X. SUPERVISIÓN

El propósito de la supervisión en esta norma es proporcionar datos que permiten enfocar las intervenciones hacia el cumplimiento de los objetivos y contribuir a la mejoría continua de la calidad de atención.

Esta norma debe ser supervisada en forma permanente y documentar su cumplimiento. El equipo de control de infecciones realizará supervisiones programadas y no programadas.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Anderson, D. J.-T. (2014). Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. . *Infection Control and Hospital Epidemiology* , 605-627.

Sandra I. Berrios-Torres MD, C.A. (2017 Junio). Center for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *Jama Surgery*, 152(8), 784-791.

CDC. (April de 2015). *Procedure-associated Module*. Recuperado el 15 de abril de 2016, de Surgical Site Infection (SSI) Event .

Comision del Hospital Santiago oriente. (2004). *Guia de Practica Clinica, prevencion de Infeccion de Herida operatoria relacionada con la intervencion quirurgica*. Recuperado el 28 de abril de 2016

Fuller Joanna Kotcher, F. J. (2007). Recuperado el 21 de abril de 2016, de <https://books.google.com/books?isbn=9687988886>

Korol Ellen, J. K. (December de 2013). *A Systematic Review of Risk Factors Associated with Surgical Site Infections among Surgical Patients*. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de www.plosone.org

Manual Latinoamericano de guías basadas en la evidencia. (Noviembre de 2009). Recuperado el Abril de 2016, de Estrategias para la prevencion de la infeccion asociada a la atencion de salud.

Ministerio de Sanidad y Consumo de gobierno de España. (Noviembre de 2008). *Guia para la prevencion de la infeccion de herida quirurgica y postquirurgica*. Recuperado el 22 de Abril de 2016

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2008). *Surgical site infection prevention and treatment of surgical site infection*. Recuperado el 21 de abril de 2016, de www.rcog.org.uk

PÉREZ CASTRO Y VÁZQUEZ, J. A. (enero de 2012). *Los pequeños grandes detalles de la Seguridad del Paciente*. Recuperado el 29 de Abril de 2016, de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/313/580>.

Prevención de Infección de Herida Operatoria Relacionada con la intervención quirúrgica.(2004). Recuperado el 22 de Abril de 2016

Scientif Committe on Infectin Control, and infection control brands, centre for healts protection departament od healts. (Febrery de 2009). *Recommendations on Prevetion of surgical site infection*. Recuperado el 28 de abril de 2016

ANEXO 1
MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO

Nombre del paciente: _____ Cédula: _____ Edad: _____
 Servicio: _____ Sala: _____ Cama: _____ Fecha de Admisión _____
 Cirugía programada: _____ Fecha ____/____/____

	SI	NO	SI CON AVISO		
Período Preoperatorio					
1. El paciente ingresa el día de la cirugía o dentro de las 24 horas previas a la misma					
2. Se anotó en el expediente clínico la orden médica para proceder a la cirugía					
3. Se firmó Consentimiento informado por el paciente, familiar o tutor					
4. El paciente diabético o no diabético tiene a su ingreso un control de glicemia <200mg/dl					
5. Se elimina el vello del sitio operatorio					
Si es SI que utilizó: Clipper o podadora <input type="radio"/> Cuchilla de afeitar <input type="radio"/> Tijera <input type="radio"/>					
Nombre y firma del Verificador					
Período Transoperatorio					
1. El personal que participa en el acto quirúrgico realizó lavado quirúrgico de las manos con clorhexidina 4% y/o Yodopovidona al 7.5-10%					
2. El instrumentista confirma la esterilidad del instrumental e insumos a utilizar					
3. La preparación del sitio quirúrgico se realizó con Clorhexidina <input type="radio"/> Yodopovidona <input type="radio"/> Alcohol <input type="radio"/> Combinados Alcoholicos <input type="radio"/> Otro					
4. Se aplica profilaxis antimicrobiana dentro de los 60 minutos previo a la incisión quirúrgica en la cirugías q lo ameritan					
5. Que antibiótico utilizó					
6. Se refuerza profilaxis en los casos que se ameritan					
7. El paciente mantiene la normotermia (≥36.5°C).					
8. Que método fue utilizado para medir la temperatura					
Nombre y firma del Verificador					
Período Postoperatorio					
1. Las heridas cerradas de forma primaria, mantiene el apósito estéril durante las primeras 48 horas post acto quirúrgico.					
2. Se mantiene la glucosa en sangre postoperatoria de 200 mg / dl o inferior					
Nombre y firma del Verificador					
ÍNDICE ASA		GRADO DE CONTAMINACIÓN DE LA HERIDA		TIEMPO QUIRÚRGICO	
Nombre del Médico que realiza la cirugía:			Nombre y firma del verificador:		
OBSERVACIONES:					

INSTRUCTIVO DEL ANEXO 1

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN SITIO OPERATORIO

1. El llenado del formulario de Lista de Verificación para la prevención de la infección del sitio operatorio deberá ser llenado en los distintos momentos del proceso.
 - a. Período pre operatorio: enfermera de sala y/o de preparación
 - b. Período transoperatorio: enfermera u otro personal de salud del salón de operaciones que será asignado antes del inicio de la cirugía.
 - c. Período postoperatorio: enfermera de la sala
2. En los ítems de pre, trans y post operatorio, marcar con un gancho la opción:
 - a. **Sí**, cuando se cumple con el ítem
 - b. **No**, cuando no se cumple con el ítem
 - c. **Si con aviso**, cuando el verificador le recuerda la actividad que tiene que realizar.
3. Período Preoperatorio:
 - Si en el punto 5 la respuesta es **SI**, marcar, que equipo se utiliza para el eliminar el vello del sitio operatorio.
4. Período Transoperatorio:
 - En el punto 3 marque la solución antiséptica utilizada para la preparación del sitio quirúrgico. Si la respuesta es Otro indique cual
 - En el punto 5 indique cual fue el antibiótico que fue utilizado
 - En el punto 8 coloque el tipo dispositivo con que medio la temperatura
5. Período Post Operatorio:
 - En el renglón que dice Índice ASA anotar el valor con que fue clasificado el paciente Buscar en hoja de registro de anestesia.
 - En el recuadro que dice Grado de contaminación de la herida, preguntar al cirujano como clasifica está herida
 - En el recuadro que dice Tiempo quirúrgico colocar el tiempo que duro la cirugía de piel a piel. Buscar en hoja de registro del anesthesiologo
6. El renglón de observaciones debe ser llenado por el médico responsable del procedimiento quirúrgico y en este espacio anotará toda situación que considere debe quedar consignada. Ejm. complicaciones durante la cirugía, falla en la técnica quirúrgica, entre otros.

ANEXO 2

MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES PARA LA PREVENCIÓN DE
INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO

Su médico le ha recomendado hacerse una cirugía. Estos son algunos cuidados que deberá seguir con el fin de disminuir la aparición de infecciones en el sitio de la operación.

Antes de la Cirugía

1. Deje de fumar, como mínimo 30 días antes de la cirugía.
2. Báñese con un jabón o un antiséptico según recomendación del médico la noche antes y el día de la cirugía.
3. **NO** se realice rasurado del vello/pelo de ninguna parte de su cuerpo.
4. Realícese todos los exámenes que le mando su médico y llévelos a la cita preoperatoria y/o al momento de su ingreso al hospital.
5. Si tiene **diabetes**, procure mantener un buen control de los niveles de **glucosa**, cumpla las recomendaciones de sus médicos.
6. Dígame al personal de salud al momento de su ingreso al hospital, si han ocurrido cambios en su salud, incluso si ha tenido resfriados o infecciones leves (por ejemplo: en piel o boca) que podrían parecerle no importantes a usted.

Después de la Cirugía

Producto de la cirugía usted tendrá un corte a través de la piel que llamamos “herida quirúrgica”. Algunas heridas quirúrgicas son pequeñas y otras largas. El tamaño dependerá del tipo de cirugía a la que se ha sometido.

Cuidado de la herida

- 1) Cuando regrese a casa después de la cirugía, puede que tenga un vendaje en la herida. Los vendajes cumplen funciones, como:
 - a. Proteger la zona de la herida
 - b. Absorber cualquier líquido que se filtre de la herida.
- 2) Usted puede dejar el vendaje original en la herida hasta por 48 horas (2 días) o por el tiempo que el médico le diga. Será necesario cambiarlo antes si resulta húmedo o empapado con sangre u otros líquidos.
- 3) El personal de salud seguramente le dirá cada cuánto debe cambiar el vendaje. Probablemente, también le dará instrucciones específicas sobre cómo cambiarlo.

Los pasos que se indican a continuación le ayudarán a recordar cómo cambiar el vendaje.

Prepárese:

- Limpie las manos antes de tocar el vendaje.
 - ❖ Lávese las manos con jabón y agua
 - ❖ Limpie también debajo de las uñas.
 - ❖ Enjuague y luego séquese las manos con una toalla seca y limpia.
- Asegúrese de que tenga todos los suministros que necesita para realizar el cambio.
- Tenga una superficie de trabajo limpia.

Retire el vendaje ya usado:

- Afloje con cuidado la cinta que sujeta el vendaje a la piel.
- Si el vendaje se pega a la herida, humedézcalo con agua potable y vuelva a intentarlo, a menos que el médico haya dado instrucciones de retirarlo seco.
- Ponga el vendaje ya usado en una bolsa de plástico.
- Amarre y Bote la bolsa en la basura
- Lávese las manos otra vez.

Cuando ponga un nuevo vendaje:

- Asegúrese de lavarse las manos según lo indicado en la parte de preparación.
- Abra el paquete donde viene el nuevo vendaje que va a colocar
- Coloque el vendaje sobre la herida y pegue con cinta los cuatro lados.
- **NO** toque nunca la parte del vendaje que va a quedar en contacto directo sobre la herida.
- **NO** aplique ningún producto como lociones, cremas, a menos que el médico se lo indique.

Si usted tiene suturas que no se reabsorben o grapas, un personal de salud las retirará al cabo de 3 a 21 días, según corresponda. **NO** hale los puntos de sutura ni trate de retirarlos por su cuenta.

Baño con regadera/ducha

- Consulte con el personal de salud si se debe cubrir el vendaje para mantenerla seca, durante el baño, algunos vendajes son impermeables.
- Si su médico lo autoriza, enjuague suavemente la herida con agua mientras se baña. **NO** friccione ni restriegue la herida. Consulte con el personal de salud si tiene que utilizar algún tipo de jabón para realizar este cuidado.
- **NO** use los productos para el cuidado de la piel en la herida, que no haya sido indicado por su médico
- Seque la zona alrededor de la herida dando palmaditas suaves con una toalla seca y limpia. Deje que la herida se seque al aire.
- Coloque un nuevo vendaje, si así se lo indica su médico, **en algún momento durante el proceso de curación, ya no necesitará un vendaje pregunte al personal de salud cuándo puede dejar su herida descubierta.**

Cuándo consultar a un profesional médico

Consulte a un médico si se presenta alguno de los siguientes cambios alrededor de la herida quirúrgica:

- Enrojecimiento o dolor
- Hinchazón o sangrado
- La herida es más grande o más profunda
- La herida se ve seca u oscura

También debe llamar al médico si el drenaje proveniente de la incisión o su alrededor aumenta o se vuelve espeso, café, verde o amarillo o huele mal (pus).

Igualmente llame si la temperatura está por encima de (37.7°C) por más de 4 horas.

El cuidado adecuado de la herida puede ayudar a prevenir la infección a medida que la herida quirúrgica sana.

ANEXO 3

MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL TECNICA DE HIGIENE DE MANOS QUIRÚRGICA

DISPOSICIONES GENERALES

1. La primera higiene de manos quirúrgica del día se realizara con un antiséptico (clorhexidina 4% o Yodopovidona 7.5%-10%) cumpliendo con los tiempos recomendados.
2. Los subsiguientes lavados se pueden realizar con agua y clorhexidina al 4%, al 2% o Yodopovidona 7.5%-10%.
3. Puede utilizarse productos libres de agua, a base de clorhexidina + alcohol a concentración \geq a 60%, siempre y cuando no haya habido contaminación o participación en cirugía contaminadas.
4. Una vez termine la cirugía, retírese los guantes, lave las manos con agua y jabón.
5. Repita la higiene quirúrgica antes de cada caso que vaya a realizar

HIGIENE CON AGUA Y ANTISÉPTICO

1. Humedezca sus manos y antebrazo hasta el codo.
2. Ponga el antiséptico en la palma de una de sus manos, usando el codo de su otro brazo o el pie para operar el dispensador, en el caso que no sea con sensor.
3. Extienda el producto por todas las manos y frote cada lado de cada dedo, entre los dedos, y la parte posterior y frontal de las manos durante 2 minutos.
4. Coloque nuevamente antiséptico de ser necesario en las palmas y extienda el producto por los antebrazos hasta el codo, frotando cada antebrazo por la parte posterior y frontal
5. Proceda a enjuagarse metiendo bajo la llave del agua en una sola dirección desde la punta de los dedos hasta el codo, un lado primero y el otro después, manteniendo la mano más alta que el antebrazo en todo momento.
6. Una vez completado este proceso diríjase al quirófano con las manos por encima de los codos, (codos flexionados) alejadas del cuerpo sin que roce ninguna superficie.
7. Una vez en el quirófano, las manos y los brazos deben secarse usando una toalla estéril y una técnica aséptica antes de ponerse el vestido y los guantes.

HIGIENE CON PRODUCTOS A BASE DE ALCOHOL

1. Imagen 1: Ponga aproximadamente 5 ml (3 dosis) del producto a base de alcohol en la palma de su mano izquierda, usando el codo de su otro brazo o el pie para operar el dispensador, en el caso que el dispensador no sea con sensor.
2. Imagen 2: Sumerja las yemas de los dedos de la mano derecha en el producto depositado en la palma izquierda para descontaminar debajo de las uñas (5 segundos).
3. Imágenes 3-7: Extienda el producto por todo el antebrazo derecho hasta el codo. Asegúrese de cubrir toda el área de la piel con movimientos circulares alrededor del antebrazo hasta que el producto se haya evaporado completamente (10-15 segundos).
4. Imágenes 8-10: Repita ahora los pasos 1-7 ahora para la mano y el antebrazo izquierdo.
5. Imagen 11: Ponga aproximadamente 5 ml (3 dosis) del producto a base de alcohol en la palma de su mano izquierda como se ilustra, para frotar ambas manos al mismo tiempo hasta las muñecas, siguiendo todos los pasos en las imágenes 12-17 (20-30 segundos).

6. Imagen 12: Cubra toda la superficie de las manos hasta la muñeca con del producto a base de alcohol, frotando la palma contra la palma con un movimiento rotatorio.
7. Imagen 13: Frote la parte posterior de la mano izquierda, incluyendo la muñeca, moviendo la palma derecha hacia adelante y hacia atrás, y viceversa.
8. Imagen 14: Frote la palma contra la palma hacia adelante y hacia atrás con los dedos entrelazados.
9. Imagen 15: Frote la parte posterior de los dedos, sujetándolos en la palma de la otra mano con un movimiento lateral hacia atrás y hacia adelante.
10. Imagen 16: Frote el pulgar de la mano izquierda girándolo en la palma de la mano derecha y viceversa.
11. Imagen 17: Cuando las manos están secas, se pueden colocar ropa quirúrgica y guantes estériles
12. Después de la higiene quirúrgico, diríjase al quirófano, mantenga las manos levantadas (codos flexionados) alejadas del cuerpo sin que roce ninguna superficie

TÉCNICA DE HIGIENE QUIRÚRGICA DE LAS MANOS

Utilice un producto a base de alcohol para la preparación quirúrgica siguiendo cuidadosamente la técnica ilustrada en las imágenes



1. Ponga aproximadamente 5 ml (3 dosis) del producto a base de alcohol en la palma de su mano izquierda, usando el codo de su otro brazo o el pie para operar el dispensador, en el caso que el dispensador no sea con sensor

2. Sumerja las yemas de los dedos de la mano derecha en el producto depositado en la palma izquierda para descontaminar debajo de las uñas (5 segundos).



Imágenes 3-7: Extienda el producto por todo el antebrazo derecho hasta el codo. Asegúrese de cubrir toda el área de la piel con movimientos circulares alrededor del antebrazo hasta que el producto se haya evaporado completamente (10-15 segundos).



Imágenes 8-10: Repita ahora los pasos 1-7 ahora para la mano y el antebrazo izquierdo.

11. Ponga aproximadamente 5 ml (3 dosis) del producto a base de alcohol en la palma de su mano izquierda, como se ilustra, para frotar ambas manos al mismo tiempo hasta las muñecas, siguiendo todos los pasos en las imágenes 12-17 (20-30 segundos).

12. Cubra toda la superficie de las manos hasta la muñeca con del producto a base de alcohol, frotando la palma contra la palma con un movimiento rotatorio.



13. Frote la parte posterior de la mano izquierda, incluyendo la muñeca, moviendo la palma derecha hacia adelante y hacia atrás, y viceversa.

14. Frote la palma contra la palma hacia adelante y hacia atrás con los dedos entrelazados.

15. Frote la parte posterior de los dedos, sujetándolos en la palma de la otra mano con un movimiento lateral hacia atrás y hacia adelante.

16. Frote el pulgar de la mano izquierda girándolo en la palma de la mano derecha y viceversa.

17. Cuando las manos están secas, se pueden colocar ropa quirúrgica y guantes estériles

Repita esta secuencia (promedio 60 segundos) el número de veces que se suma a la duración total recomendada por las instrucciones del fabricante del producto de base de alcohol. Esto podría ser dos o incluso tres veces

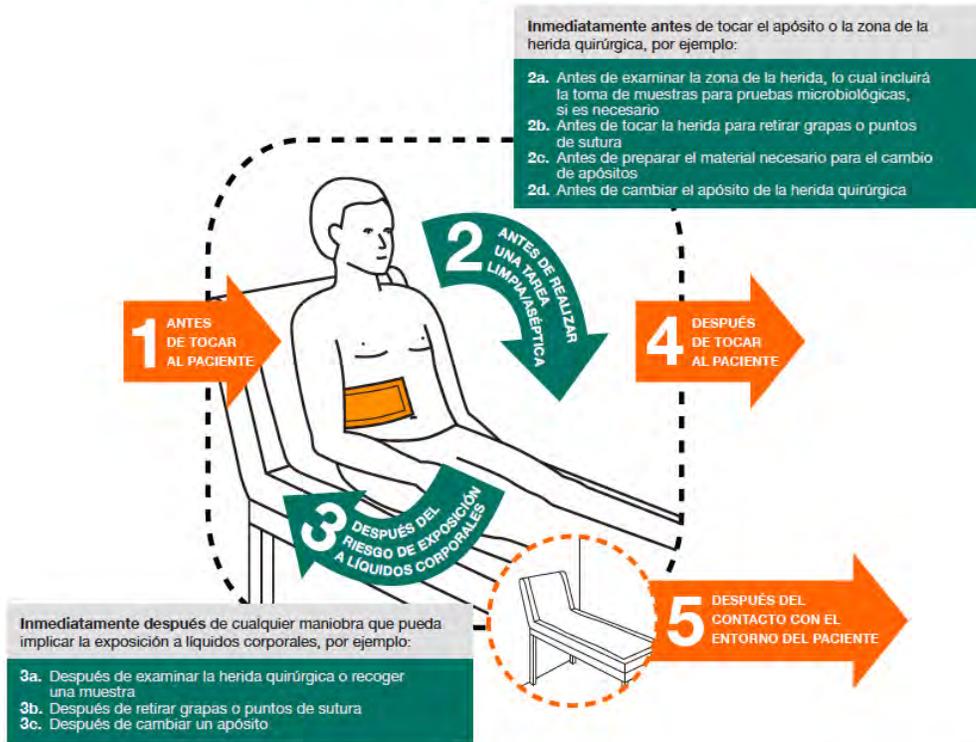


ANEXO 4

MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL

Mis 5 momentos para la higiene de las manos

En la atención a pacientes con heridas quirúrgicas



Otras cuestiones importantes relativas a las heridas quirúrgicas

- No toque la zona de la herida si no es necesario; esto se aplica también al paciente.
- Use guantes en previsión del posible contacto con líquidos corporales. Respete las instrucciones para los 5 momentos de la higiene de manos, incluso si lleva guantes.
- Siga los protocolos del centro sobre el uso de técnicas asépticas sin contacto durante el cambio de apósitos y cualquier manipulación de la herida.
- No toque el apósito durante al menos 48 horas después de la intervención quirúrgica, excepto en caso de fugas o complicaciones.
- Utilice sistemáticamente apósitos del tipo básico (por ejemplo, absorbentes o de baja adhesión) sobre las heridas quirúrgicas.
- En ocasiones, los trabajadores sanitarios también efectúan otras maniobras cuando atienden a un paciente para examinar una herida (por ejemplo, manipular un catéter venoso, extraer sangre o comprobar una sonda urinaria). En estos casos puede ser necesario desinfectarse las manos antes y después de la maniobra, para cumplir las precauciones aplicables a los momentos 2 y 3, por ejemplo (véanse los pósters publicados por la OMS sobre los 5 momentos de higiene de las manos al manipular una vía o un catéter venoso).
- Cuando esté indicado, deben administrarse antibióticos por vía parenteral como medida profiláctica preoperatoria, en una dosis única como máximo 2 horas antes de la incisión quirúrgica, y teniendo en cuenta la semivida del antibiótico. No se debe continuar administrando profilaxis con antibióticos después de la intervención quirúrgica.
- En condiciones ideales, la administración de antibióticos para tratar infecciones confirmadas en una zona quirúrgica se debe basar en un cultivo de una muestra de la herida y en los resultados del antibiograma.
- Los signos y síntomas habituales de las heridas infectadas son: dolor (incluso solamente a la palpación), edema localizado, eritema, calor o secreción purulenta al realizar una incisión superficial.
- En este póster no se incluye información sobre las precauciones relativas a las heridas quirúrgicas complicadas que pueden requerir terapias o tratamientos específicos.

ANEXO 5
MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía Organización Mundial de la Salud Seguridad del Paciente <small>Una atención esencial para una atención más segura</small>	
Antes de la inducción de la anestesia (Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)	<p>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Tiene el paciente...</p> <p>... Alergias conocidas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible</p> <p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales</p>
Antes de la incisión cutánea (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p> <p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>Cirujano:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?</p> <p>Anestésista:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?</p> <p>Equipo de enfermería:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?</p> <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p>
Antes de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	<p>El enfermero confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas</p> <p><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>Cirujano, anestesista y enfermero:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?</p>

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

AVISOS

AVISO. Para dar cumplimiento con lo que establece el Artículo 777 del Código de Comercio, por este medio aviso que yo, **GILMA MARI MONTENEGRO ORTIZ DE SANCHEZ**, con cédula de identidad personal No. 4-121-1460, propietaria del establecimiento comercial denominado **MINI SÚPERMERCADO LUIS ALEXANDER**, con aviso de operación número 4-121-1460-2007-45364, DV 90, expedido por el Ministerio de Comercio e Industrias, ubicado en Panamá, corregimiento de 24 de Diciembre, urbanización vía Panamericana. Traspaso dicho negocio a la señora **MIRNA MINERVA VILLARRETA**, con cédula de identidad personal No. 8-799-2113. L. 202-106256063. Tercera publicación.

AVISO AL PÚBLICO. Para dar cumplimiento a lo que establece el Artículo 777 del Código de Comercio, por este medio aviso al público que yo, **FERMIN ALEXIS MONTENEGRO MORENO**, con cédula de identidad personal No. 6-82-572, propietario del establecimiento comercial denominado **SÚPER MERCADO CHITRÉ**, con aviso de operación No. 6-82-572-2008-131309, expedido por el Ministerio de Comercio e Industrias, ubicado en Ave. Centenario y calle Luis Ríos, corregimiento de San Juan Bautista, distrito de Chitré, provincia de Herrera, traspaso dicho negocio a **CARMEN KENIA PAN WEN**, con cédula de identidad personal No. 8-946-1421. L. 1572523. Tercera publicación.

EDICTOS



**REPUBLICA DE PANAMA
AUTORIDAD NACIONAL DE
ADMINISTRACION DE TIERRAS
DIRECCION NACIONAL DE TITULACION Y REGULARIZACION
PROVINCIA DE COCLE**

EDICTO No. 199-18

**EL SUSCRITO FUNCIONARIO SUSTANCIADOR DE LA AUTORIDAD
NACIONAL DE TITULACION Y REGULARIZACION DE TIERRA PROVINCIA
DE COCLÉ,**

HACE SABER QUE:

Que ARACELLYS ORTEGA OLIVERO Y OTRO vecino (a) de LA VILLA DE LOS SANTOS, Corregimiento LA VILLA DE LOS SANTOS, del Distrito de LOS SANTOS, portador (a) de la cedula N° 2-132-148, ha solicitado a la Dirección Nacional de Titulación y Regularización mediante solicitud N°. 2-162-15 según plano aprobado N°. 020302-38051, adjudicación a título oneroso de una parcela de tierra baldía Con una superficie total de 1 HAS + 7433.28 M2 Ubicada en la localidad de LA CHAQUETA, Corregimiento de EL HARINO, Distrito de LA PINTADA, Provincia de COCLE, comprendidos dentro de los siguientes linderos:

NORTE: TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR ANTONIO UGARTE GONZALEZ – CAMINO DE TIERRA DE 12.00 M2 A LA CARRETERA DEL COPE A OTROS LOTES – TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR EUDOCIA ARROCHA UGARTE

SUR: QUEBRADA LA MINA

ESTE: QUEBRADA LA MINA

OESTE: CAMINO DE TIERRA DE 12.00 M2 A LA CARRETERA DEL COPE A LOMA BONITA

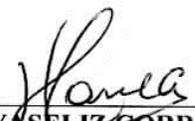
Para los efectos legales, se fija el presente edicto en lugar visible de la Dirección Nacional de Titulación y Regularización de Tierra en la Provincia de Coclé y en la Casa de Justicia por Jueces de Paz de EL HARINO. Copia del mismo se hará publicar en el órgano de publicidad correspondiente tal como lo ordena el Artículo 108 del Código Agrario.

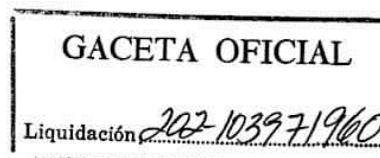
Este edicto tendrá una vigencia de 15 días a partir de su última publicación.

DADO EN LA CIUDAD DE PENONOME, HOY 22 DE ABRIL DE 2019.


LICDO. DAN-EL ROSAS ZAMBRANO
DIRECTOR REGIONAL- ENCARGADO
ANATI – COCLE




LICDA. YASELIZ CORREA
SECRETARIA AD-HOC



**DIRECCION NACIONAL DE TITULACION Y REGULARIZACION
PROVINCIA DE COCLE**

EDICTO No.101-19

**EL SUSCRITO FUNCIONARIO SUSTANCIADOR DE LA AUTORIDAD
NACIONAL DE TITULACION Y REGULARIZACION DE TIERRA PROVINCIA
DE COCLÉ,**

HACE SABER QUE:

Que CECILIA GONZALEZ MENDIETA DE CORDOBA vecino (a) de GUIAS OCCIDENTE, Corregimiento RIO HATO, del Distrito de ANTÓN, portador (a) de la cedula N°. 8-720-48, ha solicitado a la Dirección Nacional de Titulación y Regularización mediante solicitud N°. 2-1157-06, según plano aprobado N°. 202-07-12147 adjudicación a título oneroso de una parcela de tierra estatal patrimonial que será segregado de la finca N° 2247, Tomo N° 273, Folio N°424, PROPIEDAD DEL Ministerio de Desarrollo Agropecuario (M.I.D.A), Con una superficie total de 0 HAS + 1337.16 M2 Ubicada en la localidad de LLANO BONITO, Corregimiento de RIO HATO, Distrito de ANTÓN, Provincia de COCLE, comprendidos dentro de los siguientes linderos:

NORTE: SERVIDUMBRE DE 6.00 M A OTROS LOTES A CARRETERA DE ASFALTO (A LA C.I.A A PALO VERDE)

SUR: TERRENO NACIONAL OCUPADO POR GUMERCINDO RIVERA

ESTE: CARRETERA DE ASFALTO DE 15.00 M A LA C.I.A A PALO VERDE

OESTE: TERRENO NACIONAL OCUPADO POR MARIO NUÑEZ

Para los efectos legales, se fija el presente edicto en lugar visible de la Dirección Nacional de Titulación y Regularización de Tierra en la Provincia de Coclé y en la Casa de Justicia por Jueces de Paz de RIO HATO. Copia del mismo se hará publicar en el órgano de publicidad correspondiente tal como lo ordena el Artículo 108 del Código Agrario.

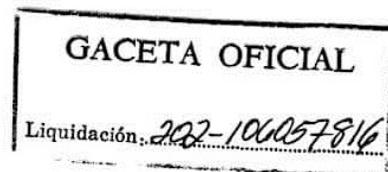
Este edicto tendrá una vigencia de 15 días a partir de su última publicación.

DADO EN LA CIUDAD DE PENONOME, HOY 21 DE AGOSTO DE 2019.


LICDA. BENILDA PÉREZ
DIRECTORA REGIONAL- ENCARGADA
ANATI – COCLE




LICDA. YASELIZ CORREA
SECRETARIA AD-HOC



EDICTO No. 76

DIRECCION DE INGENIERIA MUNICIPAL DE LA CHORRERA – SECCION DE CATASTRO

ALCALDIA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA.

EL SUSCRITO ALCALDE DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, HACE SABER

QUE EL SEÑOR (A): RICARDO ANTONIO BATISTA ORTEGA, varón, panameño, mayor de edad, Casado, portador de la cédula de identidad personal No. 8-522-1717, residente en Ollas Abajo, Calle Principal, Celular No. 6601-8897.-----

En su propio nombre y en representación de su propia persona -----

Ha solicitado a este Despacho que se le adjudique a título de plena propiedad, en concepto de venta de un lote de terreno Municipal Urbano, localizado en el lugar denominado CALLE PRINCIPAL DE OLLAS ABAJO, de la Barriada OLLAS ABAJO, Corregimiento LOS DIAZ, donde HAY UNA CONSTRUCCION, distingue con el numero y cuyo linderos y medidas son los siguiente:

RESTO DE LA FINCA 109526, ROLLO 7035, DOCUMENTO 12, CODIGO 8613,
NORTE: PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE LA CHORRERA CON: 32.43 MTS

SUR: CALLE PRINCIPAL DE OLLAS ABAJO CON: 34.58 MTS

RESTO DE LA FINCA 109526, ROLLO 7035, DOCUMENTO 12,
ESTE: PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE LA CHORRERA CON: 28.34 MTS

RESTO DE LA FINCA 109526, ROLLO 7035, DOCUMENTO 12,
OESTE: PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE LA CHORRERA CON: 29.13 MTS

AREA TOTAL DE TERRENO: NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE METROS CUADRADOS CON SETENTA Y CUATRO DECIMETROS CUADRADOS (959.74 MTS.2).....

Con base a lo que dispone el Artículo 14 del Acuerdo Municipal No.11-A, del 6 de marzo de 1969, se fija el presente Edicto en un lugar visible al lote de terreno solicitado, por el termino de DIEZ (10) días, para que dentro dicho plazo o termino pueda oponerse la (s) que se encuentran afectadas.

Entrégueseles senda copia del presente Edicto al interesado, para su publicación por una sola vez en un periódico de gran circulación y en La Gaceta Oficial.

La Chorrera, 18 de junio de dos mil diecinueve.-

ALCALDE:

(FDO.) SR. TOMAS VELASQUEZ CORREA

JEFA DE LA SECCION DE CATASTRO:

(FDO.) LICDA. IRISCELYS DIAZ G.

Es fiel copia de su original.

La Chorrera, dieciocho (18) de junio de dos mil diecinueve.-


LICDA. IRISCELYS DIAZ G.
JEFE DE LA SECCION DE CATASTRO MUNICIPAL



GACETA OFICIAL
Liquidación: 202.106.27055



AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE TIERRAS
DIRECCIÓN NACIONAL DE TITULACIÓN Y REGULARIZACIÓN
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA REGIONAL DE PANAMA OESTE

EDICTO N° 165

El suscrito Funcionario Sustanciador de la Dirección Administrativa Regional de Panamá Oeste

HACE SABER:

Que DOMINGA JAEN PADILLA con número de identidad personal 8-91-982, ha solicitado la adjudicación de un terreno baldío nacional ubicado en la provincia de PANAMA OESTE, distrito de LA CHORRERA, corregimiento de FEUILLET, lugar SANTA CRUZ, dentro de los siguientes linderos:

Norte: CALLE EXISTENTE DE 20.00 MTS A LOS MORTALES Y A SANTA RITA, VEREDA EXISTENTE DE 5.00 MTS.

Sur: TERRENOS NACIONALES OCUPADO POR: MARCELINA MONTERO DE AGRAJES, TERRENOS NACIONALES OCUPADO POR: BOLIVAR SALDAÑA GOMEZ PLANO DE REFERENCIA N° 86-07-9809.

Este: VEREDA EXISTENTE SIN SALIDA DE 5.00 MTS, SERVIDUMBRE DE 2.00 MTS.

Oeste: CALLE EXISTENTE DE 20.00 MTS A LOS MORTALES Y A SANTA RITA, TERRENOS NACIONALES OCUPADO POR: BOLIVAR SALDAÑA GOMEZ PLANO DE REFERENCIA N° 86-07-9809.

Con una superficie de 0 hectáreas, más 1313 metros cuadrados, con 98 decímetros cuadrados.

El expediente lleva el número de identificación 8-5-198-2010 de 22 de MARZO del año 2010.

Para efectos legales, el presente edicto se fijará por quince (15) días hábiles en la Dirección Regional y en la Alcaldía o Casa de Justicia Comunitaria de Paz; se publicará por tres (3) días consecutivos en un periódico de circulación nacional, y un (1) día en la Gaceta Oficial; para que cualquier persona que sienta que la solicitud de adjudicación le afecte, podrá anunciar ante la ANATI su oposición a la misma, hasta quince (15) días hábiles después de efectuada la última publicación.

FUNDAMENTO JURÍDICO: artículos 108, 131 y 133 de la Ley 37 de 1962.

Dado en la Provincia de PANAMA OESTE a los cuatro (04) días del mes de JUNIO del año 2019

Firma: [Signature]
Nombre: RONY MONTERO
SECRETARIO AD HOC

Firma: [Signature]
Nombre: EMILY AGUILAR
FUNCIONARIO(A) SUSTANCIADOR(A)
ENCARGADO(A)

Table with columns: FIJADO HOY (Día, Mes, Año) and DESFIJADO HOY (Día, Mes, Año). Includes 'A las:' labels.

Firma:
Nombre: SECRETARIA ANATI



Firma:
Nombre: SECRETARIA ANATI

GACETA OFICIAL
Liquidación: 7855991