

# GTEIS

## ICONOGRAFÍA PROYECTOS ZERO

Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis  
de la SEMICYUC.  
Ministerio de Sanidad.





**1. Higiene de manos adecuada**

**2. Desinfección de la piel con clorhexidina**

**3. Máximas barreras de protección**

**4. Preferencia de localización subclavia**

**5. Retirada de CVC no necesarios**

**6. Mantenimiento higiénico del catéter**

**Bacteriemia zero**



## MEDIDAS DE PREVENCIÓN BRC: EVIDENCIA 1A



1. Higiene de manos adecuada

2. Desinfección de la piel con clorhexidina

3. Máximas barreras de precaución

4. Preferencia de localización subclavia

5. Retirada de CVC no necesarios

6. Mantenimiento higiénico del catéter

**Bacteriemia zero**





## Bacteriemia **Zero**

### CONSIDERE:

- Uso de *catéteres impregnados* con *antimicrobianos*
- Uso de *apósitos* impregnados con *clorhexidina*
- Uso de *taponos* con *solución antiséptica* en los *conectores*
- *Higiene corporal* diaria con *clorhexidina*



### EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. UCI con altas tasas de BRC a pesar del *adecuado cumplimiento* de las *medidas obligatorias* de Bacteriemia **Zero**.
2. Pacientes con mayor riesgo de BRC (inmunodeprimidos, alteraciones de la integridad cutánea).
3. Accesos con mayor riesgo de BRC (accesos altos con traqueostomía o vena femoral).
4. Pacientes con mayor riesgo de complicaciones si desarrollasen BRC (implantación reciente de válvulas cardíacas o prótesis aórticas).



## DECÁLOGO DE MEDIDAS NZ (2021)



- 1.- Mantener la posición de la cabecera de la cama **por encima de 30º** excepto si existe contraindicación clínica.
- 2.- Realizar higiene de manos estricta antes y después de manipular la vía aérea y **utilizar guantes estériles** de un solo uso.
- 3.- Formar y entrenar al personal sanitario en el manejo de la vía aérea.
- 4.- Favorecer el proceso de extubación de forma segura para reducir el tiempo de ventilación.
- 5.- Controlar de forma **continua** la presión del neumotaponamiento de los tubos traqueales.
- 6.- Emplear tubos traqueales con sistema de aspiración de secreciones subglóticas.
- 7.- No cambiar de forma programada las tubuladuras del respirador.
- 8.- Administrar antibióticos durante las 24 horas siguientes a la intubación de **pacientes con disminución de consciencia previo a la intubación**.
- 9.- Realizar higiene de la boca con clorhexidina 0,12-0,2% .
- 10.- Utilizar la descontaminación selectiva digestiva **completa**.



## FACTORES DE RIESGO, AL INGRESO EN UCI, PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON ELEVADO RIESGO DE SER PORTADORES DE BMR.

**R**esistencia  
**Zero**

Se considera **PACIENTE DE RIESGO**, para presentar o desarrollar infección por BMR, a todo aquel que presenta al ingreso en UCI al menos una de las siguientes condiciones:

- Ingreso Hospitalario  $\geq 5$  días en los últimos 3 meses.
- Pacientes institucionalizados (Prisión, Centros socio-sanitarios, Residencias de ancianos, etc...).
- Colonización o infección conocida por BMR.
- Antibioterapia durante más de  $\geq 7$  días en el mes previo.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal ambulatoria continua.
- Pacientes con patología crónica susceptibles de colonización: Fibrosis quística, bronquiectasia, úlceras crónicas, etc....., con alta incidencia de colonización/infección por BMR.

**En estos casos deben:**  
**Aplicar las**  
**precauciones de**  
**contacto de manera**  
**preventiva**  
**y**  
**Esperar los resultados**  
**de las muestras**  
**microbiológicas de**  
**vigilancia.**



**SeMicyuc**  
LOS PROFESIONALES DEL ENTENNO CRÍTICO

**SEEIUC**  
Sociedad Española de Enfermería  
Intensiva y Unidades Coronarias

## RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE BMR



- 1 Identificar en cada UCI, al menos, un médico intensivista responsable del control de antimicrobianos.
- 2 Administrar de forma empírica antimicrobianos activos frente a bacterias multirresistentes (BMR), **SOLO** en infecciones con respuesta sistémica compatible con sepsis grave o shock séptico y alta sospecha de BMR en base a los factores de riesgo presentes y/o a la epidemiología local.
- 3 Identificar en cada UCI, una enfermera, al menos, como referente del proyecto RZ y responsable del control de las precauciones dirigidas a evitar la transmisión de BMR.
- 4 Se recomienda realizar una búsqueda activa de la presencia de BMR en todos los pacientes en el momento de ingreso en la Unidad y, por lo menos, una vez a la semana a lo largo de toda su estancia.
- 5 Al ingreso de un paciente en la UCI, se cumplimentará una “lista de verificación” con el objetivo de identificar a aquellos con elevado riesgo de ser portadores de BMR
- 6 Controlar el cumplimiento de las diferentes precauciones: estándar y por mecanismos de transmisión (aislamientos).
- 7 Disponer de un protocolo actualizado de limpieza diaria y terminal de las habitaciones ocupadas por pacientes con BMR.
- 8 Elaborar una ficha/documento de limpieza del material clínico y de aparatos de exploración depositados en UCI de uso común por los pacientes ingresados.
- 9 Incluir en la higiene diaria de los pacientes colonizados o infectados por BMR productos que contengan clorhexidina al 4%.
- 10 Ante la sospecha de un brote epidémico se recomienda tipificar a nivel molecular el microorganismo causante.

Aquellos centros que no dispongan de los medios necesarios para esta identificación pueden recurrir, de forma gratuita, al Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III.





VALORACIÓN DE SONDAJE URETRAL

SONDAJE URETRAL NECESARIO

NO

SÍ

Preparación de:

- Esponja jabonosa
- Pinza Kocher estéril
- Antiséptico acuoso
- Jeringa de 10 cc
- Agua destilada de 10cc
- Guantes de un solo uso
- Guantes estériles
- Lubricante hidrosoluble estéril (de un solo uso)
- Sonda uretral
- Preferiblemente paño fenestrado estéril
- Soporte para la bolsa
- Gasas estériles
- Sistema colector de orina antirreflujo estéril
- Sistema fijación

Indicaciones:

- Monitorización estricta de la diuresis en el paciente crítico. Control del balance hídrico.
- Bajo nivel de conciencia. Sedación profunda
- Uso perioperatorio para procedimientos quirúrgicos seleccionados.
- Manejo de la retención aguda de orina u obstrucción urinaria, presencia de hematuria con coágulos y riesgo de obstrucción.
- UPP categoría III/IV zona sacro-coxígea (paciente incontinente)
- Medida de confort en tratamiento paliativo. Proceso al final de la vida.

A TENER EN CUENTA

INSERCIÓN

- Correcta higiene de manos
- Higiene de la zona genitourinaria (agua y jabón)
- Antisépsia del meato urinario
- Utilizar lubricante estéril de un solo uso
- Realizar el sondaje con técnica aséptica
- Elegir la sonda de menor calibre
- Conectar la sonda al sistema colector

MANTENIMIENTO

- Revisar la indicación del sondaje diariamente
- Higiene de manos antes y después de manipular
- Higiene diaria del meato (agua y jabón)
- Mantener el sistema colector por debajo del nivel de la vejiga, evitando que toque el suelo
- Mantener el flujo de orina libre de obstrucciones y acodamientos
- Mantener siempre el sistema cerrado y evitar desconexiones
- No realizar lavados vesicales de forma rutinaria
- Fijar la sonda al muslo del paciente y cambiar a diario la zona de fijación
- Vaciar la bolsa colector regularmente en un recipiente individual para cada paciente, evitando el contacto entre el recipiente y la llave del sistema colector
- No cambiar de forma rutinaria la sonda ni el sistema colector

Recogida muestra de orina necesaria

NO

SÍ

- Correcta higiene de manos
- Pinzar la sonda (aprox. 10'-30')
- Aspirar el puerto previa desinfección
- Desinfectar de nuevo el puerto al finalizar

RETIRADA

POSIBLE

NO

SÍ

Patrón de evacuación urinaria normal

NO

SÍ

- Considerar el uso del ecógrafo para cuantificar el volumen (Retención urinaria)

- Valorar:
- Colector urinario
  - Sondaje intermitente
  - Pañal de incontinencia



# BIBLIOTECA SEMICYUC

