

AÑO 2011

PLAN DE SUPERVISIÓN PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL E INVESTIGACIÓN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS



HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Comité de infecciones intrahospitalarias

Elabora el plan de supervisión para la prevención, el control e investigación de las infecciones intrahospitalaria que se presenten en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. 2011; contiene la Introducción, Características del SVEIIH, Conclusiones del análisis situacional de las IIH del año 2010, Finalidad, Objetivos, Base legal, Ámbito de aplicación, Estrategias, Actividades con relación a los objetivos específicos y los anexos (instrumento de supervisión).

**COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES**

PRESIDENTE

Director General

Dr. Jaime Alfredo Arévalo Torres

MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

Jefe de Epidemiología y Salud Ambiental

Dr. Julio Manuel Ruiz Olano

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Jorge Artemio Huaitalla Huamán

Médico infectólogo

Dr. Walter Fernando Valverde Chavarría

Enfermera responsable del SVEIIH

Lic. Flor Yanet Olivera Huiza

**Bióloga responsable del aislamiento
microbiano del SVEIIH**

Lic. Lissette Violeta Romero Romero

MIEMBROS DEL COMITÉ AMPLIADO

**Directora Ejecutiva de la Oficina de
Administración**

Dra. Eva María Asencios Villavicencio

Jefe del Departamento de Cirugía

Dr. Jorge Emilio Colina Casas

Jefe del Departamento de Medicina

Dr. Carlos Gabriel Holguín Coppa

**Jefe del Departamento de Ginecología y
Obstetricia**

Dr. Víctor Humberto Mendoza Peña

Jefa del Departamento de Pediatría

Dra. Nancy Adelma Ramón Musaurieta

**Jefe del Departamento de Emergencia y
Cuidados Críticos**

Dr. César Antonio Meza Guerrero

Jefa del Departamento de Enfermería

Lic. Zena Alejandrina Villaorduña Martínez

Jefa del Departamento de Farmacia

QF. Carmela Nelly Chacaltana Mere

**Enfermera responsable de central de
esterilización**

Lic. Reyda Blas Jara

PRESENTACION

PLAN DE SUPERVISION PARA LA PREVENCION, CONTROL E INVESTIGACION DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES. AÑO 2011. (Comité de infecciones intrahospitalaria – CIIH)

El Plan de supervisión para la prevención, control e investigación de las infecciones intrahospitalarias, es un instrumento de gestión del Comité de infecciones hospitalarias (CIIH) del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB), Dirección de Salud V Lima Ciudad (DISA V LC), Ministerio de Salud (MINSA). Comas - Lima – Perú. Se elabora, edita e imprime en formato impreso de manera restringida para los miembros del *Comité Ejecutivo del CIIH* (Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Oficina de gestión de la calidad, Oficina de apoyo a la docencia e investigación, Médico infectólogo y Microbiloga); y, del Comité Ampliado del CIIH (jefes de los departamentos de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Emergencia y cuidados críticos, Enfermería, Farmacia y Central de esterilización). Además, a la Dirección Adjunta y Dirección General del Hospital.

El Plan, contiene las actividades por cada uno de los objetivos específicos planteados, bajo estrategias definidas de aplicación dirigida específicamente a los RR.HH profesional y técnico de los servicios de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos que aplican directamente el sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias (SVEIIH), quien detecta, notifica y las registra de manera selectiva, focalizada, activa y permanente las IIH asociadas a procedimiento invasivo y/o quirúrgicos.

Su aplicación y cumplimiento es obligatoria por parte de los Comites, la versión electrónica en formato pdf se encuentra disponible gratuitamente en la Página Web Institucional.

Dr. Jaime Alfredo Arévalo Torres
Director General
Hospital Nacional Sergio E. Bernales

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	3
Características del sistema de vigilancia epidemiológica de las IIH	3
Definiciones de caso	3
Definiciones operacionales de las IIH	4
CONCLUSIONES DEL ANALISIS SITUACIONAL DE LAS IIH – AÑO 2010	5
FINALIDAD	12
OBJETIVOS	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
BASE LEGAL	12
AMBITO DE APLICACION	13
ESTRATEGIAS	13
ACTIVIDADES	13
Actividades del objetivo específico 1	13
Actividades del objetivo específico 2	14
Actividades del objetivo específico 3	14
CRONOGRAMA	14
ANEXOS	15
Anexo N° 1: Instructivo para la aplicación del plan de supervisión	15
Anexo N° 2: Supervisión del lavado de manos	16
Anexo N° 3: Lista de chequeo para la supervisión del lavado rutinario de manos	17
Anexo N° 4: Lista de chequeo para la supervisión del lavado clínico de manos	18
Anexo N° 5: Lista de chequeo para la supervisión del lavado quirúrgico de manos	19

Anexo N° 6: Ficha para la supervisión de las infecciones del torrente sanguíneo.	21
Anexo N° 7: Lista de chequeo para la supervisión de Las acciones de prevención de las infecciones del torrente circulatorio (Instalación de la vía venosa central).	22
Anexo N° 8: Lista de chequeo para la supervisión de Las acciones de prevención de las infecciones del torrente circulatorio (Manejo y cuidado de la vía venosa central).	23
Anexo N° 9: Lista de chequeo para la supervisión de Las acciones de prevención de las infecciones del torrente circulatorio (Instalación de la vía venosa periférica).	24
Anexo N° 10: Lista de chequeo para la supervisión de las acciones de prevención de las infecciones del torrente circulatorio (Manejo y cuidado de la vía venosa periférica).	25
Anexo N° 11: Ficha de supervisión para la prevención de la infección respiratoria inferior (Neumonías).	26
Anexo N° 12: Lista de chequeo para la supervisión de las acciones de prevención de las neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico (Intubación endotraqueal).	27
Anexo N° 13: Lista de chequeo para la supervisión de las acciones de prevención de las neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico (Aspiración de secreciones en la ventilación mecánica).	28
Anexo N° 14: Lista de chequeo para la supervisión de las acciones de prevención de las neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico (Manejo de pacientes con ventilación mecánica).	29
Anexo N° 15: Lista de chequeo para la supervisión de las acciones de prevención de las neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico (Manejo de circuitos de la ventilación mecánica).	30

INTRODUCCION

La supervisión, es un conjunto de actividades destinadas a observar el cumplimiento de prácticas organizadas de un determinado sistema. La supervisión es concebida como parte del proceso continuo de aprendizaje y su objetivo es observar las prácticas y los procedimientos a través de métodos directos o indirectos con el fin de *mejorar la calidad de la atención*. La observación, debe estar dirigida a corregir prácticas de atención que afecten al paciente con relación a riesgos o pronóstico.

La supervisión, debe ser empleada por *todos los miembros del comité de las infecciones intrahospitalarias y de los equipos de salud* debido que su responsabilidad está relacionada con la atención de pacientes y con el trabajo de otras personas. Debe tener carácter formativo y no punitivo, debido que cuando el proceso de supervisión se utiliza con este último objetivo o método, produce rechazo en el equipo y generalmente no se logra el fin deseado.

La supervisión, como actividad de control de la calidad, comprende todo los ámbitos en los cuales nos desempeñamos, siendo el control de las infecciones intrahospitalarias (IIH), la actividad, daño que se encuentra estadísticamente documentado (esta detectado, notificado y registrado en el SVEIIH) y permite evaluar al finalizar un periodo de tiempo el cumplimiento de las buenas prácticas de bioseguridad con el paciente.

El plan de supervisión, se constituye en una medida para la prevención, el control e investigación de las IIH. Para estos efectos, el plan de supervisión se constituye en un programa de supervisión de las prácticas que están relacionadas con problemas detectados y de aquellas que se consideran prioritarias para los objetivos del plan.

La supervisión, también puede ser realizada en forma inopinada pero sólo como complemento de la supervisión programada. Se deben realizar informes de la supervisión realizada y este ser utilizados por el Comité para programar planes de corrección.

Las personas que realizan la supervisión deben tener capacitación específica en técnicas de supervisión y conocimiento cabal de las normas y prácticas a ser supervisadas. Se debe evaluar en forma continua la calidad técnica de estas personas y tomar las medidas necesarias con relación a capacitación cuando no reúnan los conocimientos requeridos. *Estas personas, además deben tener condiciones de liderazgo y capacidad de relacionarse en forma positiva con el equipo a ser supervisado.*

Debido a que la *supervisión es una medida de control esencial en un programa de prevención y control de IIH*; y, ésta es realizada en muchos niveles y servicios dentro del hospital, es indispensable que exista una coordinación permanente entre los responsables de la supervisión.

Los métodos de la supervisión, son dos:

- i) **Directos**, consisten en la observación directamente de los procedimientos durante la ejecución de una práctica comparándola con un estándar predeterminado, como utilizar una pauta de cotejo o supervisión, observación no estructurada, algoritmo, observación a través de un video entre otros.
- ii) **Indirectos**, consisten en evaluar el cumplimiento de una práctica por medio de los resultados obtenidos; estos pueden ser sobre aspectos del proceso, como por ejemplo, revisión de registros, planes de enfermería, auditorías de fichas, entrevistas a pacientes, evaluación de consumo de materiales, diario de trabajo, vigilancia de un incidente crítico y más; o del impacto final esperado de éste (por ejemplo: análisis epidemiológico de las tasas IIH por tipo de infección, por servicio de hospitalización y/o procedimiento invasivo y/o quirúrgico).

Los resultados de la supervisión deben ser empleados como parte del diagnóstico de situación para programar planes de corrección basados principalmente en programas de capacitación y evaluación continua del RR.HH.

Finalmente, el presente plan de supervisión para la prevención, control e investigación de las IIH en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales ha sido aprobado por el CIIH y se espera que sus actividades y estrategias contribuyan de manera efectiva a prevenir y controlar las infecciones dentro del ámbito de nuestro hospital.

SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS IIH

CARACTERÍSTICAS DEL SVEIIH

Selectiva, sólo serán objeto de vigilancia los pacientes hospitalizados sometidos a factores de riesgo extrínseco para IIH, procedimientos invasivos (PI)¹ sobre los cuales existe suficiente evidencia científica de que son prevenibles a través de medidas altamente costo-efectivas.

Focalizada, la vigilancia de las IIH, se realiza en los servicios hospitalarios que presentan las tasas de uso de PI más altas.

Activa, el equipo de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA), acompañan a la visita médica (ronda médica) realizada en cada servicio y/o realizan visitas a las unidades productoras de servicios de hospitalización (UPSH) y la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Permanente, la vigilancia epidemiológica de las IIH, es realizada de lunes a sábado de 08:00 a 11:00 horas.

DEFINICIONES DE CASO

Es una infección intrahospitalaria, siempre que cumpla con los siguientes criterios:

1. **Definición**, la IIH se define como aquella que se adquiere luego de 48 horas de permanencia hospitalaria y que el paciente no portaba a su ingreso. Sólo en caso de neonatos se considera como IIH a la infección que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.
2. **Asociación a un factor de riesgo**, un factor de riesgo es la condición o situación al cual se expone un huésped, capaz de alterar su estado de salud^{2 3} y que se asocia a una probabilidad mayor de desarrollar una IIH. Esta condición no necesariamente constituye un factor causal. Se afirma que la IIH es potencialmente causada por un factor de riesgo, siempre y cuando no haya evidencia de alguna otra causa conocida.
3. **Criterios específicos de infección**, la información usada para determinar la presencia y clasificación de una IIH deberá ser la combinación de hallazgos clínicos y resultados de laboratorio y otras pruebas de acuerdo a los criterios establecidos.

¹ Procedimientos invasivos: i) catéter urinario permanente, ii) catéter venoso central, iii) catéter venoso periférico y iv) ventilador mecánico. Así como, los partos vaginales e intervenciones quirúrgicas específicas (cesáreas, colecistomías y las hernioplastias inguinales).

² Sherertz RJ, Grimaldi RA, Marosok RD, et al. Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. Am J Infect Control 1992; 20:263-270.

³ Center for Disease Control. National Nosocomial Infections Surveillance Manual 1994 Manual 1994 Section XIII.

DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS IIH

Infección Intrahospitalaria	Sigla	Definición	Nº pacientes vigilados
Infección del Tracto Urinario (ITU)	ITU a	ITU asociado a CUP (más de 24 Hrs.) en el servicio de medicina.	Total de pacientes con CUP en el servicio de medicina.
	ITU b	ITU asociado a CUP (más de 24 Hrs.) en el servicio de Cirugía.	Total de pacientes con CUP en el servicio de cirugía.
	ITU c	ITU asociado a CUP (más de 24 Hrs.) en el servicio de UCI.	Total de pacientes con CUP en el servicio de UCI.
Infección del Torrente Sanguíneo (ITS)	ITU a	ITS asociado a CVC permanente (24 horas o más) en el servicio de UCI.	Total de pacientes con CVC permanente en el servicio de UCI.
	ITS b	ITS asociado a CVC permanente (24 horas o más) en el servicio de Neonatología.	Total de pacientes con CVC permanente en el Servicio de neonatología.
Neumonía (Neu)	Neu a	Neumonía asociada VM en el servicio de UCI.	Total de pacientes con VM en el servicio de UCI.
	Neu b	Neumonía asociada VM en el servicio de neonatología.	Total de pacientes con VM en el servicio de neonatología.
Infección de Herida Operatoria (IHO)	IHO a	IHO por colecistectomía por laparotomía en el servicio de cirugía.	Total de pacientes operados por colecistitis en el servicio de cirugía.
	IHO b	IHO por colecistectomía por hernia inguinal en el servicio de cirugía.	Total de pacientes adultos o pediátricos operados por hernia inguinal en el servicio de cirugía.
	IHO c	IHO por colecistectomía por parto por cesárea en el servicio de gineco-obstetricia (G-O).	Total de pacientes con parto por cesárea en el servicio G-O.
Endometritis puerperal (EP)	EP a	EP asociado a parto vaginal en el servicio de G-O.	Total de pacientes con parto vaginal en el servicio G-O.
	EP b	EP asociado a parto por cesárea en el servicio de G-O.	Total de pacientes con parto por cesárea en el servicio G-O.
Exposición Laboral (EL)	EL a	Accidentes punzo – cortantes en el personal hospitalario.	Total de trabajadores del hospital.
	EL b	Tuberculosis pulmonar frotis positivo en el personal hospitalario.	Total de trabajadores del hospital.

CONCLUSIONES DEL ANALISIS SITUACIONAL DE LAS IIH – AÑO 2010

1. El SVEIIH del HNSEB, es un sistema estandarizado, selectivo, focalizado, activo y permanente que monitorea la incidencia de las IIH en servicios de hospitalización seleccionados para identificar de manera oportuna la presencia de brotes de IIH y establecer las estrategias y medidas de prevención y control de estas para luego proceder a la evaluación de sus resultados e impactos.
2. La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de salud, establece anualmente los promedios nacionales de las IIH para que sirvan de referencia comparativa con los resultados acumulados obtenidos por el hospital. El ideal es la no existencia de IIH en los servicios de hospitalización. Ver tabla N° 01: Tasas de incidencia y densidad de incidencia acumuladas promediadas y ponderadas.

Tabla N° 01: Tasas de incidencia y densidad de incidencia acumuladas promediadas y ponderadas de las infecciones intrahospitalarias por servicio de hospitalización según el tipo de infección, procedimiento y categoría del establecimiento de salud
Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud - Perú. Periodo enero 2006 - diciembre 2009

MEDIDAS DEL RIESGO	Servicio de hospitalización	Tipo de infección o sitio de infección	Procedimiento invasivo	Tasa de riesgo para las IIH para hospitales nivel III - 1
INCIDENCIA (por 100 expuestos)	Cirugía	Infección de herida operatoria	Colestistectomía	0.91
		Infección de herida operatoria	Herniorrafia inguinal	1.04
	Ginecología	Infección de herida operatoria	Parto por cesárea	1.70
	Obstetricia	Endometritis puerperal	Parto vaginal	0.59
	Ginecología	Endometritis puerperal	Parto por cesárea	1.02
DENSIDAD DE INCIDENCIA (por 1.000 días de exposición)	Neonatología	Infección del torrente sanguíneo	Catéter venoso central	17.58
		Infección del torrente sanguíneo	Catéter venoso periférico	4.25
	UCI adultos	Infección del torrente sanguíneo	Catéter venoso central	3.46
	Neonatología	Neumonía	Ventilación mecánica	9.79
	UCI adultos	Neumonía	Ventilación mecánica	20.51
	UCI adultos	Infección del tracto urinario	Catéter urinario permanente	4.93
	Medicina	Infección del tracto urinario	Catéter urinario permanente	7.56
	Cirugía	Infección del tracto urinario	Catéter urinario permanente	3.72

Fuente: Grupo Técnico de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias de la Dirección General de Epidemiología del MINSA. Enero 2006 - diciembre 2009.
Elaborado por: Jefatura de la OESA. Mayo del 2011.

3. Las IIH más frecuentes en el HNSEB durante el año 2010, fueron las infecciones del torrente sanguíneo asociado al uso de catéter venoso central y/o periférico; y las infecciones del tracto urinario asociado al uso del catéter urinario permanente. Ver tabla N° 02: Número y porcentaje de las infecciones intrahospitalarias por tipo de infección.

Tabla N° 02: Número y porcentaje de las infecciones intrahospitalarias
Hospital Nacional Sergio E. Bernales - DISA V Lima Ciudad - Perú. Enero - Diciembre del 2010

Infección intrahospitalaria	Número	Porcentaje
Infecciones por herida operatoria (IHO)	15	17.24
Endometritis puerperal (EP)	9	10.34
Infecciones del torrente sanguíneo (ITS)	25	28.74
Neumonía (N)	13	14.94
Infecciones del tracto urinario (ITU)	25	28.74
Total de infecciones intrahospitalarias	87	100.00

Fuente: Unidad de Epidemiología - Jefatura de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Enero - Diciembre 2010.
 Elaborado por: Jefatura de la OESA. Mayo 2011.

4. Los servicios de hospitalización que presentaron los porcentajes más altos en relación a las IIH, fueron la Unidad de cuidados intensivos, Neonatología, Ginecología y Cirugía. Ver tabla N° 03: Número y porcentaje de las infecciones intrahospitalarias por servicio de hospitalización.

Tabla N° 03: Número y porcentaje de las infecciones intrahospitalarias por servicio de hospitalización
Hospital Nacional Sergio E. Bernales - DISA V Lima Ciudad - Perú. Enero - Diciembre del 2010

Servicios de hospitalización	Número	Porcentaje
Cirugía	12	13.79
Medicina	7	8.05
Neonatología	18	20.69
UCI adultos	29	33.33
Ginecología	15	17.24
Obstetricia	6	6.90
Total de infecciones intrahospitalarias	87	100.00

Fuente: Unidad de Epidemiología - Jefatura de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Enero - Diciembre 2010.
 Elaborado por: Jefatura de la OESA. Mayo 2011.

5. Estadísticamente, los valores acumulados observados de las IIH para el periodo de enero a diciembre del 2010, se encuentran por debajo de los promedios ponderados nacionales; se observa que el servicio de hospitalización de neonatología presenta valores de cero para las infecciones del torrente sanguíneo y neumonías asociados al uso del catéter venoso central y ventilador mecánico respectivamente.
6. En relación al riesgo de contraer una IIH por parte de los pacientes expuestos a algunos de los procedimientos invasivos; como, el catéter venoso central y periférico, catéter urinario permanente y ventilador mecánico; es mayor en el servicio de la UCI de adultos, específicamente en los que usan ventilación mecánica; y, es menor en el servicio de cirugía cuando los pacientes que usan el catéter urinario permanente. Ver tabla N° 04 y el gráfico N° 01.

TABLA N° 04

TASAS DE DENSIDAD DE INCIDENCIA E INCIDENCIA MENSUAL Y ACUMULADA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS POR PROCEDIMIENTO INVASIVO SEGÚN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES - DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD - PERU. PERIODO DE ANALISIS ENERO - DICIEMBRE DEL 2010

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS POR PROCEDIMIENTO INVASIVO SEGÚN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN		Promedio ponderado nacional de las IHH (2006-2009)	TDA y TIA acumuladas de periodo. Año 2010	Clasificación de riesgo de la TDA y TIA acumuladas por PI según el servicio	Consolidación de la tasa de densidades de incidencia y tasa de incidencia de la infecciones intrahospitalarias											
					Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Neonatalogía	ITS asociado a CVC	17.58	0.00	VERDE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	ITS asociado a CUP	4.25	1.26	AMARILLO	2.50	0.40	0.00	0.54	0.28	18.60	0.00	0.00	0.00	4.95	7.55	9.39
	Neumonía asociada a VMI	9.79	0.00	VERDE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tasa de densidad de incidencia acumulada de las IHH (TDA-IHH) en el servicio de neonatología			1.09		1.98	0.39	0.00	0.43	0.23	14.39	0.00	0.00	0.00	4.31	6.62	7.52
UCI adultos	ITS asociado a CVC	3.46	2.26	AMARILLO	2.82	2.00	2.91	10.99	0.00	0.00	0.00	0.00	3.56	0.00	0.00	4.07
	ITU asociado a CUP	4.93	0.98	AMARILLO	0.00	0.00	0.00	2.13	1.41	3.36	0.00	1.74	3.36	0.00	1.53	0.00
	Neumonía asociada a VMI	20.51	4.22	AMARILLO	0.00	3.32	10.38	36.36	2.44	19.61	10.20	0.00	0.00	14.93	2.48	9.17
Tasa de densidad de incidencia acumulada de las IHH (TDA-IHH) en el servicio de UCI de adultos			1.89		0.29	1.52	2.40	7.07	1.16	4.26	1.73	1.69	2.64	3.19	2.30	3.01
Ginecología y Obstetricia	EP post PV	0.59	0.17	AMARILLO	0.00	0.00	0.63	0.00	0.00	0.35	0.93	0.00	0.36	0.00	0.33	0.00
	EP post PpC	1.02	0.14	AMARILLO	0.00	0.00	0.00	0.60	0.00	0.41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.53	0.00
	IHO en cesárea	1.70	0.66	AMARILLO	0.65	1.65	0.53	0.00	0.43	0.41	0.00	1.45	0.00	0.50	1.05	0.00
Tasa de incidencia acumulada de las IHH (TIA-IHH) en el servicio de ginecología y obstetricia (EP)*			0.16		0.00	0.00	0.39	0.21	0.00	0.38	0.59	0.00	0.21	0.00	0.41	0.00
Medicina	ITU asociado a CUP	7.56	0.79	AMARILLO	0.00	1.14	1.15	0.00	0.00	1.49	0.00	0.00	0.00	1.18	3.51	1.37
	Catéter urinario permanente		0.79		0.00	1.14	1.15	0.00	0.00	1.49	0.00	0.00	0.00	1.18	3.51	1.37
Tasa de densidad de incidencia acumulada de las IHH (TDA-IHH) en el servicio de medicina			0.79		0.00	1.14	1.15	0.00	0.00	1.49	0.00	0.00	0.00	1.18	3.51	1.37
Cirugía	ITU asociado a CUP	3.72	0.69	AMARILLO	5.58	0.00	0.00	0.41	0.00	3.65	0.00	5.46	0.00	0.00	0.00	0.00
	IHO en colestectomía	0.91	0.22	AMARILLO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.85	0.00
	IHO en hernioplastia inguinal	1.04	0.63	AMARILLO	6.45	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tasa de incidencia acumulada de las IHH (TIA-IHH) en el servicio de cirugía**			0.39		1.71	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.86	0.00

FUENTE: Unidad de Epidemiología - Jefatura de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes. Enero - Diciembre 2010.

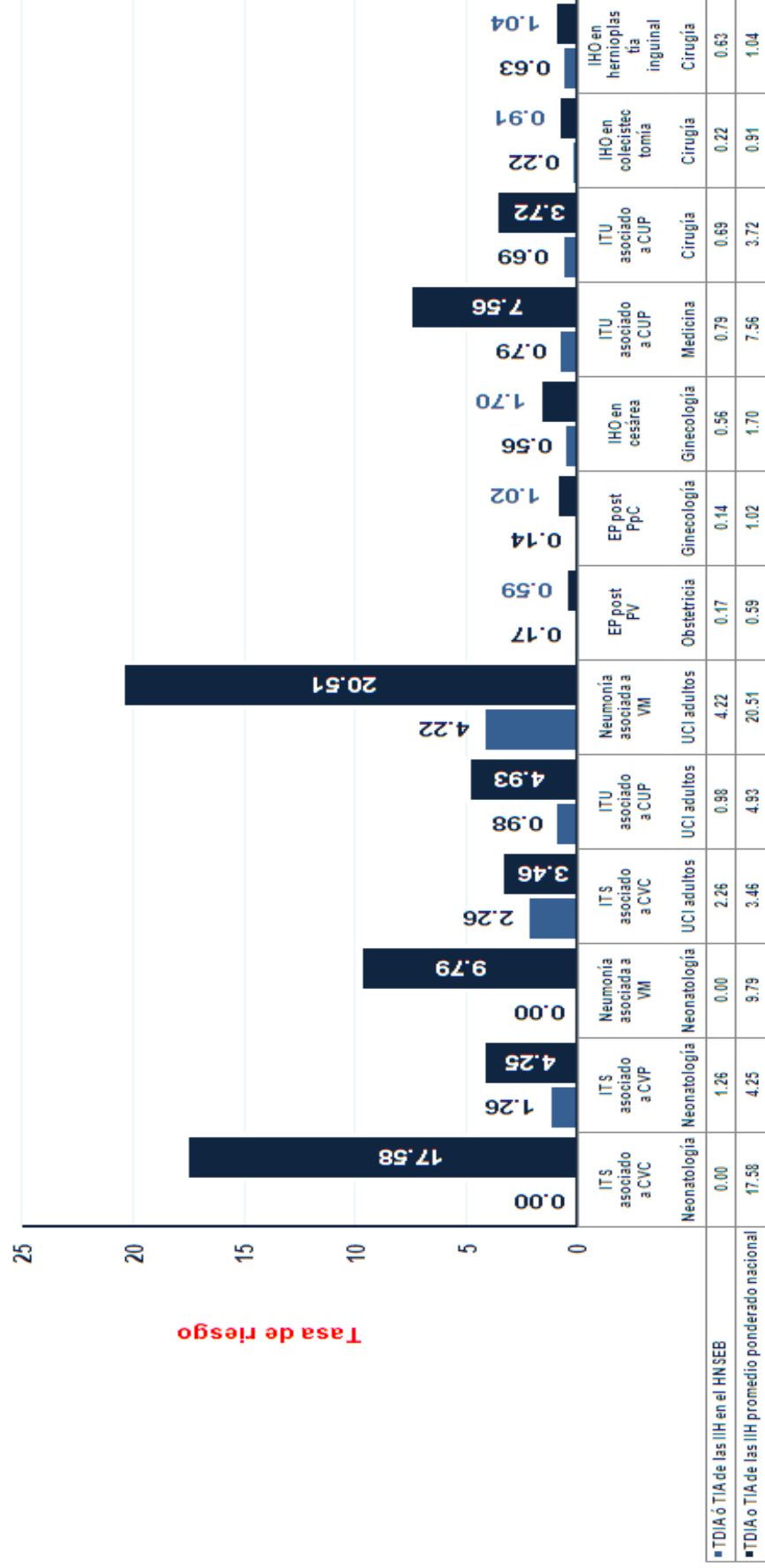
Elaborado: Jefatura de la OESA. Mayo 2011.

Leyenda: (EP)* = Son únicamente valores para las endometritis puerperales.

** TIA de las IHO

ROJO = Alto riesgo con valor acumulado por encima del promedio ponderado nacional, AMARILLO = Mediano riesgo con valor acumulado por debajo del promedio ponderado nacional, y VERDE = Bajo riesgo con valores igual a cero.

Gráfico N° 01: Comparación de las tasas de riesgo por IIH del hospital y los promedios nacionales según el servicio
Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Dirección de Salud V - Lima Ciudad - Perú. **Año 2010**



7. En relación del riesgo de contraer una IIH asociada a una herida operatoria, es mayor en el servicio de gineco-obstetricia en comparación al de cirugía.
8. En relación al riesgo de contraer una endometritis puerperal post parto, es mayor en el servicio de ginecología que en el de obstetricia.
9. El riesgo de contraer una IIH en los pacientes que se hospitalizan y son expuestos a un procedimiento invasivo o son sometidos a un procedimiento quirúrgico, es siempre latente.
10. Durante el año 2010, fueron dos los trabajadores del hospital los registrados y notificados por el SVEIIH, uno por sufrir un accidente con objeto punzo cortante y otro por infectarse de tuberculosis pulmonar.
11. El Departamento de patología clínica y anatomía patológica del HNSEB, realiza un adecuado seguimiento y monitoreo periódico (trimestral, semestral y anual) del asilamiento y sensibilidad microbiológica. Ver tabla N° 05.

Tabla N° 05: Principales microorganismo causantes de las infecciones en pacientes ambulatorios y hospitalizados
Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Dirección de Salud V Lima Ciudad. Lima - Perú. Año 2010

Microorganismo	Aislamiento de microorganismos					
	Comunidad (pacientes ambulatorios)		Hospital (pacientes hospitalizados)		Suma de pacientes ambulatorios + hospitalizados	
	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Escherichia coli</i>	1113	57.46	138	20.88	1251	48.15
<i>Klebsiella pneumoniae</i> ss. <i>pneumoniae</i>	140	7.23	63	9.53	203	7.81
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	52	2.68	117	17.70	169	6.51
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	62	3.20	56	8.47	118	4.54
<i>Staphylococcus aureus</i> ss. <i>aureus</i>	50	2.58	57	8.62	107	4.12
<i>Enterobacter aerogenes</i>	69	3.56	26	3.93	95	3.66
<i>Enterococcus faecalis</i>	88	4.54			88	3.39
<i>Staphylococcus, coagulase negative</i>	34	1.76	42	6.35	76	2.93
<i>Enterobacter cloacae</i>	69	3.56			69	2.66
<i>Proteus mirabilis</i>	43	2.22			43	1.66
<i>Klebsiella oxytoca</i>	37	1.91			37	1.42
<i>Citrobacter freundii</i>	31	1.60			31	1.19
Otros	149	7.69	162	24.51	311	11.97
Total	1937	100.00	661	100.00	2598	100.00

Fuente: Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica (DPC-AP) del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Enero - Diciembre 2010.
Elaborado por: Jefatura de la OESA. Junio 2011.

12. Los microorganismos más frecuentemente aislados en los pacientes hospitalizados, son: *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae* ss. *Pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* ss. *Aureus*, *Staphylococcus coagulase negative*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Shigella dysenteriae*. Ver tabla N° 06.

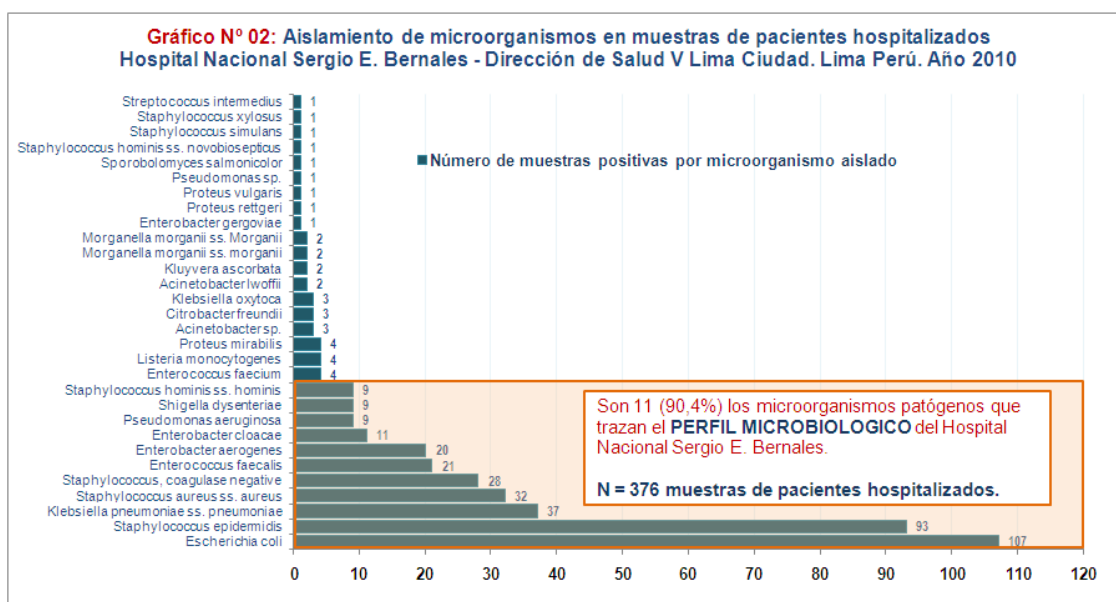
Tabla N° 06: Número y porcentaje de aislamiento de microorganismos por pacientes hospitalizados y de consulta externa

Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Dirección de Salud V Lima Ciudad. Lima - Perú. Año 2011

Pacientes hospitalizados				Pacientes de consulta ambulatoria (comunidad)		
N°	Microorganismo aislado	N°	%	Microorganismo aislado	N°	%
1	<i>Escherichia coli</i>	107	25.72	<i>Escherichia coli</i>	1082	62.87
2	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	93	22.36	<i>Klebsiella pneumoniae ss. Pneumoniae</i>	102	5.93
3	<i>Klebsiella pneumoniae ss. pneumoniae</i>	37	8.89	<i>Enterococcus faecalis</i>	86	5.00
4	<i>Staphylococcus aureus ss. aureus</i>	32	7.69	<i>Enterobacter aerogenes</i>	66	3.83
5	<i>Staphylococcus, coagulase negative</i>	28	6.73	<i>Enterobacter cloacae</i>	64	3.72
6	<i>Enterococcus faecalis</i>	21	5.05	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	49	2.85
7	<i>Enterobacter aerogenes</i>	20	4.81	<i>Proteus mirabilis</i>	41	2.38
8	<i>Enterobacter cloacae</i>	11	2.64	<i>Klebsiella oxytoca</i>	34	1.98
9	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	9	2.16	<i>Citrobacter freundii</i>	31	1.80
10	<i>Shigella dysenteriae</i>	9	2.16	<i>Staphylococcus aureus ss. Aureus</i>	30	1.74
11	<i>Staphylococcus hominis ss. hominis</i>	9	2.16	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	26	1.51
12	<i>Enterococcus faecium</i>	4	0.96	<i>Staphylococcus, coagulase negative</i>	19	1.10
13	<i>Listeria monocytogenes</i>	4	0.96	<i>Morganella morganii ss. Morganii</i>	16	0.93
14	<i>Proteus mirabilis</i>	4	0.96	<i>Enterococcus faecium</i>	12	0.70
15	<i>Acinetobacter sp.</i>	3	0.72	<i>Proteus vulgaris</i>	11	0.64
16	<i>Citrobacter freundii</i>	3	0.72	<i>Acinetobacter ivoffii</i>	8	0.46
17	<i>Klebsiella oxytoca</i>	3	0.72	<i>Kluyvera ascorbata</i>	8	0.46
18	<i>Acinetobacter Iwoffii</i>	2	0.48	<i>Serratia marcescens</i>	6	0.35
19	<i>Kluyvera ascorbata</i>	2	0.48	<i>Acinetobacter sp.</i>	5	0.29
20	<i>Morganella morganii ss. morganii</i>	2	0.48	<i>Enterobacter gergoviae</i>	4	0.23
21	<i>Morganella morganii ss. Morganii</i>	2	0.48	<i>Pantoea agglomerans</i>	3	0.17
22	<i>Enterobacter gergoviae</i>	1	0.24	<i>Staphylococcus saprophyticus ss. Saprophyt</i>	3	0.17
23	<i>Proteus rettgeri</i>	1	0.24	<i>Klebsiella pneumoniae ss. Ozaenae</i>	2	0.12
24	<i>Proteus vulgaris</i>	1	0.24	<i>Providencia stuartii</i>	2	0.12
25	<i>Pseudomonas sp.</i>	1	0.24	<i>Hafnia alvei</i>	1	0.06
26	<i>Sporobolomyces salmonicolor</i>	1	0.24	<i>Listeria monocytogenes</i>	1	0.06
27	<i>Staphylococcus hominis ss. novobiosepticus</i>	1	0.24	<i>Proteus rettgeri</i>	1	0.06
28	<i>Staphylococcus simulans</i>	1	0.24	<i>Pseudomonas sp.</i>	1	0.06
29	<i>Staphylococcus xylosus</i>	1	0.24	<i>Scopulariopsis sp.</i>	1	0.06
30	<i>Streptococcus intermedius</i>	1	0.24	<i>Shigella dysenteriae</i>	1	0.06
31				<i>Sporobolomyces salmonicolor</i>	1	0.06
32				<i>Staphylococcus hominis ss. Hominis</i>	1	0.06
33				<i>Staphylococcus hominis ss. Novobiosepticus</i>	1	0.06
34				<i>Staphylococcus xylosus</i>	1	0.06
35				<i>Streptococcus agalactiae</i>	1	0.06
Otros		2	0.48	Otros		
Total		416	100.00	Total	1721	100.00

Fuente: Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica (DPC-AP) del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Enero - Diciembre 2010.
Elaborado por: Jefatura de la OESA. Junio 2011.

13. Los microorganismos más frecuentemente aislados en los pacientes ambulatorios (consulta externa), son: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* ss. *Pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella oxytoca*, *Citrobacter freundii* y *Staphylococcus aureus* ss. *Aureus*.
14. Son once los microorganismos patógenos que trazan el perfil microbiológico del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Ver el gráfico N° 02.



FINALIDAD

Contribuir a hacer de los servicios de hospitalización y de unidad de cuidados intensivos lugares cada vez más seguros para la atención de los pacientes sometidos a procedimientos invasivos y/o quirúrgicos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Prevenir, controlar e investigar las infecciones intrahospitalarias en los usuarios de los servicios de hospitalización y de unidad de cuidados intensivos sometidos a procedimientos invasivos y/o quirúrgicos contribuyendo a hacer de estos servicios seguros para la atención de los pacientes.

Objetivos Específicos

1. Adaptar, difundir e implementar las buenas prácticas para la atención en materia de seguridad del paciente con relación a las IIH.
2. Establecer un mecanismo de aprendizaje colectivo para el control y manejo adecuado y oportuno de las IIH.
3. Fortalecer las competencias técnicas para la investigación y el análisis de las IIH para la elaboración de propuestas de mejoras correctivas en los servicios de hospitalización y unidad de cuidados intensivos.

BASE LEGAL

1. Ley N° 26642 – Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de salud.
3. Resolución Ministerial N° 179 – 2005 / MINSA que aprueba la NT N° 026 – MINSA/OGE-V.01: “Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias”.
4. Resolución Ministerial N° 753 – 2004 / MINSA que aprueba la NT N° 020 – MINSA/DGSP-V.01 – “Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias”.

5. Resolución Ministerial N° 519 – 2006 - SA/DM que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
6. Resolución Directoral N° 208 – 2011 – DG – SA – HNSEB que aprueba la designación del Comité de Infecciones Intrahospitalarias.

AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de supervisión para la prevención, control e investigación de las IIH en el HNSEB, es de aplicación en los servicios de hospitalización cirugía, medicina, ginecología y obstetricia, y en las unidades de cuidados intensivos de adultos y de neonatología.

ESTRATEGIAS

Las estrategias para implementar el Plan de supervisión para prevenir, controlar e investigar las IIH, son las siguientes:

1. Involucrar al RR.HH de los servicios de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos en el proceso de la vigilancia activa voluntaria y confidencial.
2. Incorporar el análisis integral de las IIH con la participación del RR.HH de los servicios de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos.
3. Crear compromisos con el RR.HH profesional y técnico de los servicios de hospitalización y unidades de cuidados intensivos, con los gremios de profesionales y técnicos, con el equipo de gestión del hospital para reducir la incidencia de las IIH en el HNSEB.
4. Fomentar la investigación clínica y operativa de las IIH.
5. Involucrar a los usuarios de los servicios de salud en la prevención de las IIH.

ACTIVIDADES

Del objetivo específico 1:

Adaptar, difundir e implementar las buenas prácticas para la atención en materia de seguridad del paciente con relación a las IIH.

1. Involucrar de manera voluntaria al RR.HH en el proceso de la vigilancia activa.
2. Implementar de manera prioritaria las siguientes Buenas Prácticas de Atención:
 - a. Implementar la práctica correcta del lavado de manos
 - b. Mejorar los niveles de supervisión al RR.HH asistencial en entrenamiento.

Del objetivo específico 2:

Establecer un mecanismo de aprendizaje colectivo para el control y manejo adecuado y oportuno de las IIH.

1. Elaborar una guía institucional para el control y manejo adecuado de las IIH.
2. Apoyar y premiar la investigación clínica y operativa acerca de las IIH.
3. Organizar reuniones periódicas de trabajo sobre las IIH.
4. Estudio de casos.
5. Alertas sobre brotes de IIH en los servicios bajo vigilancia.

Del objetivo específico 3:

Fortalecer las competencias técnicas para la investigación y el análisis de las IIH para la elaboración de propuestas de mejoras correctivas en los servicios de hospitalización y unidad de cuidados intensivos.

1. Capacitar al RR.HH profesional en el manejo de herramientas y metodologías para la investigación y análisis de las IIH.
2. Capacitar a los equipos operativos de los servicios de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos en el diseño e implementación de proyectos de mejora para la prevención de las IIH.

CRONOGRAMA

El Comité de IIH del HNSEB, decidió realizar la ejecución del Plan de supervisión para la prevención, control e investigación de las IIH a partir del segundo semestre del 2011.

La supervisión de los servicios de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos, será el tercer jueves de los meses de agosto, setiembre, octubre y noviembre del presente año.

ANEXO N° 1

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE SUPERVISIÓN

1. Detectar el o los problemas que afectan al servicio de hospitalización o unidad de cuidados intensivos. Ejemplo, Revisar el Análisis de Situación de las IIH – Año 2010 o Diagnóstico Epidemiológico de las IIH - 2010, documento elaborado por la Oficina de Epidemiología y refrendado por el Comité de IIH del HNSEB.
2. Abordar la problemática priorizada en el plan de supervisión del CIIH.
3. Desarrollar el Plan de Supervisión de acuerdo al problema priorizado. Opte por alguna de estas modalidades:
 - Utilizar una lista de chequeo estándar o,
 - Confeccionar una lista nueva, previa sanción por el CIIH.
4. Aplicar la lista de chequeo de supervisión, en un mínimo de 30 puntos:
 - Alguna de las listas de chequeo deben ser emanadas por el CIIH.
 - Si no existe, utilice una lista de chequeo nueva sancionada con anterioridad.
5. Evalúe los resultados de la aplicación de la(s) lista(s) chequeo de supervisión.
6. Del análisis del porcentaje de cumplimiento de los rubros aplicados, encontramos:
 - Menos de 2 rubros en incumplimiento, realice algoritmo hasta superar los aspectos en incumplimiento.
 - Más de 3 rubros en incumplimiento, realizar capacitación, y si necesita asesoría solicítela al CIIH.
 - Si se encuentra todos los rubros en cumplimiento, repita la supervisión en otra oportunidad durante el año.
7. Si necesita elaborar un programa de capacitación, aplique el programa de capacitación del Hospital.
8. Vuelva al punto N° 1.
9. Si no existiera algún problema que afecte el servicio en forma relevante, *los resultados de la aplicación de las listas de chequeo de supervisión* pueden utilizarse como diagnóstico para elaborar un programa de capacitación correctivo.
10. Elaboración del indicador de evaluación del plan de supervisión
 - $\frac{\text{Número de rubros cumplidos}}{\text{Total de rubros programados}} \times 100$
 - Umbral de cumplimiento del programa 85,0%.

ANEXO Nº 2

FICHA PARA LA SUPERVISIÓN DEL LAVADO DE MANOS

Propósito: Mejorar la técnica del lavado de manos como medida para la prevención y control de las IIH.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento del lavado de manos como principal medida de prevención y de control de IIH en el HNSEB.

Aplicar pautas de supervisión para el lavado rutinario, clínico y quirúrgico de manos:

- a. Médicos, Residentes, internos y alumnos de medicina
- b. Enfermeras, internos y alumnos de enfermería.
- c. Obstetras, internos y alumnos de obstetricia.
- d. Técnicos de enfermería, alumnos auxiliares de enfermería.

Frecuencia: Cuatro veces al año.

Servicios: Hospitalización y las unidades de cuidados intensivos del HNSEB sujetos a vigilancia.

Indicador

Número de puntos o ítems cumplidos X 100

Total de puntos o ítems programados

Porcentaje mínimo aceptable de cumplimiento: 85,0%

Plan de trabajo de acuerdo al porcentaje de cumplimiento.

Porcentaje alcanzado	Calificación	Actividad a realizar dentro del plan de trabajo
Mayor o igual de 95,0%	Muy Bueno	Capacitación en los aspectos deficitarios y supervisión semestral.
Mayor de 85,0% y menos de 95,0%	Bueno	Capacitación en los aspectos deficitarios y supervisión trimestral.
Mayor de 75,0% y menos de 85,0%	Regular	Capacitación en todos los aspectos y supervisión bimensual.
Menor de 75,9%	Malo	Capacitación en todos los aspectos y supervisión mensual.

ANEXO Nº 3

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISIÓN DEL LAVADO RUTINARIO DE MANOS

PROFESIÓN: _____

SERVICIO: _____

Nº	ITEMS		Sí	No
1-3	Presencia en el lavamanos de	Espita de mano o celdas		
Detergente o antiséptico neutro o anfótero				
Toalla desechable				
4	Se saca el o los anillos, reloj, pulsera y las mangas están sobre el antebrazo.			
5	Tiene las uñas cortas y sin esmalte			
6	Moja con agua las manos hacia abajo.			
7	Enjabona sus manos, utilizando 15 ml de la solución detergente; produciendo abundante espuma y manteniéndola al menos entre 15 a 20 segundos.			
08-13	Realiza el lavado de sus manos de manera vigorosa en 6 pasos.	1. Frotado de ambas palmas.		
		2. Frotado de la palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda y viceversa.		
		3. Frotado de ambas palmas cruzando los dedos.		
		4. Frotado de la palma derecha con los dedos semi flexionados sobre el dorso de la mano izquierda semi flexionada y viceversa		
		5. Frotado del pulgar derecho con la palma y dedos de la mano izquierda y viceversa.		
		6. Frotado con rotación de las yemas de los dedos de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.		
14	Se enjuaga las manos.			
15	Se seca prolija y vigorosamente las manos con la toalla desechable.			
16	Cierra la llave del agua con la misma toalla desechable.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				

ANEXO N° 4

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISIÓN DEL LAVADO CLINICO DE MANOS

PROFESIÓN: _____

SERVICIO: _____

Nº	ITEMS		Sí	No
1-3	Presencia en el lavamanos de	Espita de codo.		
		Toalla desechable.		
		Clorhexidina al 2% solución deterativa.		
4	Se saca el o los anillos, reloj, pulsera y las mangas están sobre el codo.			
5	Tiene las uñas cortas y sin esmalte.			
6	Moja con agua las manos y antebrazos en alto.			
7	Enjabona sus manos hasta el tercio medio del antebrazo, utilizando 15 ml de la solución deterativa; produciendo abundante espuma y manteniéndola al menos entre 15 a 20 segundos.			
08-13	Realiza el lavado de sus manos de manera vigorosa en 6 pasos.	1. Frotado de ambas palmas.		
		2. Frotado de la palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda y viceversa.		
		3. Frotado de ambas palmas cruzando los dedos.		
		4. Frotado de la palma derecha con los dedos semi flexionados sobre el dorso de la mano izquierda semi flexionada y viceversa		
		5. Frotado del pulgar derecho con la palma y dedos de la mano izquierda y viceversa.		
		6. Frotado con rotación de las yemas de los dedos de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.		
14	Se enjuaga con las manos y antebrazos en alto.			
15	Realiza el secado prolijo y vigorosamente por presión de las manos con:	Toalla desechable o paño estéril.		
		Alcohol gel 3 ml / 5 a 30 segundos de frotado vigoroso hasta secar.		
16	Cierra la llave del agua con el codo o con la toalla desechable.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				

ANEXO Nº 5

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISIÓN DEL LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

PROFESIÓN: _____

SERVICIO: _____

Nº	ITEMS		Sí	No
1-2	Presencia en el lavamanos de	Espita de rodilla o pie		
		Clorhexidina al 4% solución deterativa		
3	Se saca el o los anillos, reloj, pulsera			
4	Tiene las uñas cortas y sin esmalte			
5	Moja con agua las manos, antebrazos y hasta el tercio inferior de los brazos en alto.			
6	1ra. enjabonada de manos utilizando con 15 ó 20 ml de la solución deterativa; produciendo abundante espuma y manteniéndola al menos por 20 segundos.			
07-12	Realiza el 1er. lavado de sus manos de manera vigorosa en 6 pasos	1. Frotado de ambas palmas.		
		2. Frotado de la palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda y viceversa.		
		3. Frotado de ambas palmas cruzando los dedos.		
		4. Frotado de la palma derecha con los dedos semi flexionados sobre el dorso de la mano izquierda semi flexionada y viceversa.		
		5. Frotado del pulgar derecho con la palma y dedos de la mano izquierda y viceversa.		
		6. Frotado con rotación de las yemas de los dedos de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.		
13	Realiza el 1er. lavado del antebrazo, codo y brazo izquierdo hasta el tercio inferior de manera vigorosa y en forma circular con la palma y dedos de la mano derecha y viceversa.			
14	Se enjuaga con el chorro de agua las manos, los antebrazos y hasta el tercio inferior de los brazos en alto.			
15	2da. enjabonada de manos utilizando con 15 ó 20 ml de la solución deterativa; produciendo abundante espuma y manteniéndola al menos por 10 segundos.			
16	No se escobilla las uñas y lecho subungueal.			
17-22	Realiza el 2do. lavado de sus manos de manera vigorosa en 6	1. Frotado de ambas palmas.		
		2. Frotado de la palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda y viceversa.		
		3. Frotado de ambas palmas cruzando los dedos.		
		4. Frotado de la palma derecha con los dedos semi		

	pasos	flexionados sobre el dorso de la mano izquierda semi flexionada y viceversa		
		5. Frotado del pulgar derecho con la palma y dedos de la mano izquierda y viceversa.		
		6. Frotado con rotación de las yemas de los dedos de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.		
23	Realiza el 2do. lavado del antebrazo izquierdo hasta el tercio superior de manera vigorosa y en forma circular con la palma y dedos de la mano derecha y viceversa.			
24	Se enjuaga con el chorro de agua las manos y los antebrazos hasta el tercio superior en alto.			
25	3ra. enjabonada de manos utilizando con 15 ó 20 ml de la solución deterativa; produciendo abundante espuma y manteniéndola al menos por 10 segundos.			
26	No se escobilla las uñas y lecho subungueal.			
27-32	Realiza el 3er. lavado de sus manos de manera vigorosa en 6 pasos	1. Frotado de ambas palmas.		
		2. Frotado de la palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda y viceversa.		
		3. Frotado de ambas palmas cruzando los dedos.		
		4. Frotado de la palma derecha con los dedos semi flexionados sobre el dorso de la mano izquierda semi flexionada y viceversa		
		5. Frotado del pulgar derecho con la palma y dedos de la mano izquierda y viceversa.		
		6. Frotado con rotación de las yemas de los dedos de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.		
33	Realiza el 3er. lavado del antebrazo izquierdo hasta el tercio medio de manera vigorosa y en forma circular con la palma y dedos de la mano derecha y viceversa.			
34	Se enjuaga con el chorro de agua las manos y los antebrazos hasta el tercio medio en alto.			
35	Cierra la llave del agua con la rodilla o el pie.			
36	Realiza el secado prolijamente con paño estéril en el interior del quirófano.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				

ANEXO N° 6

FICHA PARA LA SUPERVISION DE LAS INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO

Propósito: Contribuir a la prevención de las infecciones del torrente sanguíneo.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de las medidas de prevención de las ITS.

Servicios donde se aplica la lista de chequeo de supervisión: Hospitalización y UCI.

RR.HH sujeto de aplicación de las pautas de supervisión:

Médicos	Enfermeras	Técnicos y auxiliares de enfermería
Instalación de vía venosa central	Manejo y cuidados de la vía venosa central y periférica.	Apoyo en la preparación de piel.
	Instalación vía venosa periférica	Apoyo al manejo y cuidados de la vía venosa central y periférica.

Cobertura: El 100,0% de involucramiento del RR.HH del servicio.

Frecuencia: Cuatro veces al año.

Evaluación pautas aplicadas.

$$\frac{\text{Número de pautas o ítems cumplidas}}{\text{Número total de pautas o ítems programados}} \times 100$$

Porcentaje de cumplimiento: El 85,0%.

Plan de trabajo

Porcentaje alcanzado	Calificación	Actividad a realizar
Mayor o igual de 95,0%	Muy Bueno	Capacitación en los aspectos deficitarios y supervisión semestral.
Mayor de 85,0% y menos de 95,0%	Bueno	Capacitación en los aspectos deficitarios y supervisión trimestral.
Mayor de 75,0% y menos de 85,0%	Regular	Capacitación en todos los aspectos y supervisión bimensual.
Menor de 75,9%	Malo	Capacitación en todos los aspectos y supervisión mensual.

ANEXO N° 7

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISION DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TORRENTE CIRCULATORIO

N°	ITEMS		Sí	No
	INSTALACION DE LA VIA VENOSA CENTRAL			
1	Realizada por	Médico asistente		
		Médico residente		
		Interno con apoyo del médico asistente		
2	Se coloca de manera correcta la mascarilla.			
3	Lavado clínico de manos con solución deterativa (usar lista de chequeo correspondiente).			
4-5	Se coloca de manera correcta usando una técnica aséptica de alto nivel	El mandilón.		
		Los guantes.		
6	Utiliza material de uso exclusivo para preparación de piel, que incluye compresa y bandeja estéril			
7	Delimita una zona amplia del campo estéril.			
8	Lava el sitio de punción por arrastre con agua y jabón.			
9-10	Realiza la asepsia del sitio de punción	Usa torundas estériles		
		Usa clorhexidina al 4,0% como solución deterativa.		
11	Instala el catéter en primera intención.			
12	Limpia y seca la piel con gasa estéril y la pincela con antiséptico.			
13	Sella el sitio de punción con gasa estéril.			
14	Solicita Rx. de tórax para verificar ubicación.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				

ANEXO N° 8

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISION DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TORRENTE CIRCULATORIO

Nº	ITEMS		Sí	No
	MANEJO Y CUIDADO DE LA VIA VENOSA CENTRAL			
1	Realizada por	Médico asistente		
		Médico residente		
		Interno con apoyo del médico asistente		
		Enfermera del servicio		
		Interna de enfermería con el apoyo de enfermera del servicio		
2	Se coloca de manera correcta la mascarilla.			
3	Lavado clínico de manos con solución detergente (usar lista de chequeo correspondiente).			
4-5	Se coloca de manera correcta usando una técnica aséptica de alto nivel	El mandilón.		
		Los guantes.		
6	Utiliza material de uso exclusivo limpieza y curación de piel, que incluye compresa y bandeja estéril			
7	Delimita un amplio campo estéril.			
8	Delimita la zona de curación del sitio de la punción.			
10	Limpia y lava el sitio de punción con agua y jabón.			
9-10	Realiza la asepsia del área aledaña al sitio de punción	Usa torundas estériles		
		Usa clorhexidina al 4,0% como solución detergente.		
13	Limpia y seca la piel con gasa estéril y la pincela con antiséptico			
11	Mantiene el circuito cerrado.			
12	Verifica la permeabilidad del catéter durante el día.			
13	Mantiene el catéter fijo y sellado el sitio de punción con gasa estéril.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				

ANEXO N° 9

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISION DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TORRENTE CIRCULATORIO

Nº		ITEMS		Sí	No
	INSTALACION DE LA VIA VENOSA PERIFERICA				
1	Realizada por	Enfermera del servicio			
		Interna de enfermería con el apoyo de enfermera del servicio			
		Interno con apoyo del médico asistente			
2	Se coloca de manera correcta la mascarilla.				
3	Se coloca los guantes correctamente usando una técnica aséptica de alto nivel.				
6	Utiliza material de uso exclusivo limpieza y curación de piel incluye bandeja estéril				
7	Lavado clínico de manos con solución deterativa (usar lista de chequeo correspondiente).				
8	Delimita un amplio campo estéril.				
9	Delimita la zona de de punción.				
10	Limpia y lava el sitio de punción por arrastre con agua y jabón.				
11-12	Realiza la asepsia del área aledaña al sitio de punción	Usa torundas estériles.			
		Usa alcohol al 70,0% como solución antiséptica.			
13	Realiza la instalación de primera intensión y mantiene la asepsia en el procedimiento.				
14	Verifica la permeabilidad del catéter.				
15	Fija, inmoviliza el catéter y sella el sitio de punción con gasa estéril y cinta adhesiva.				
16	Registra sobre la cinta adhesiva la fecha y hora de realizada la punción				
17	Registra en la hoja de enfermería el sitio, fecha y hora de instalación del catéter venoso periférico.				
Puntaje Total					
Porcentaje obtenido					
Calificación					
Actividad a realizar					

ANEXO N° 10

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISION DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TORRENTE CIRCULATORIO

N°	ITEMS		Sí	No
	MANEJO Y CUIDADO DE LA VIA VENOSA PERIFERICA			
1	Realizada por	Enfermera del servicio Interna de enfermería con el apoyo de enfermera del servicio		
2	Se coloca de manera correcta la mascarilla.			
3	Lavado rutinario de manos con detergente suave o anfótero.			
4	Se coloca los guantes correctamente usando una técnica aséptica de alto nivel.			
5	Utiliza material de uso exclusivo limpieza y curación de piel, que incluye torundas y bandeja estéril.			
6	Delimita un amplio campo estéril.			
7	Realiza la limpieza, asepsia	Usa torundas estériles		
8	y anti asepsia del área aledaña al sitio de punción.	Usa alcohol al 70,0% como solución antiséptica.		
9	Verifica y mantiene la fecha legible (vigencia menor a 72 horas).			
10	Mantiene el catéter inmovilizado y fijo en sitio de punción.			
11	Verifica el sellado correcto del sitio de punción			
12	Mantiene el circuito cerrado.			
13	Verifica diariamente la permeabilidad del catéter durante el día.			
14	Registra en la hoja de registro de enfermería la revisión diaria.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				

ANEXO N° 11

FICHA DE SUPERVISION PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA INFERIOR (NEUMONIAS)

Propósito: Contribuir a disminuir las neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de las medidas de prevención de la neumonías por VM.

Servicios donde se aplica la lista de chequeo de supervisión: Neonatología y UCI de adultos.

RR.HH sujeto de aplicación de las pautas de supervisión:

Médicos	Enfermeras y Obstetrices	Técnicos y auxiliares de enfermería
Intubación endotraqueal	i) Aspiración de secreciones. ii) Manejo de circuitos. iii) Nebulización. iv) Oxigenoterapia. v) Aislamiento por gotitas y vía aérea.	

Frecuencia: Cuatro veces al año.

Evaluación pautas aplicadas.

$$\frac{\text{Número de pautas o ítems cumplidas}}{\text{Número total de pautas o ítems programados}} \times 100$$

Porcentaje de cumplimiento: El 85,0%.

Plan de trabajo

Porcentaje alcanzado	Calificación	Actividad a realizar
Mayor o igual de 95,0%	Muy Bueno	Capacitación en los aspectos deficitarios y supervisión semestral.
Mayor de 85,0% y menos de 95,0%	Bueno	Capacitación en los aspectos deficitarios y supervisión trimestral.
Mayor de 75,0% y menos de 85,0%	Regular	Capacitación en todos los aspectos y supervisión bimensual.
Menor de 75,9%	Malo	Capacitación en todos los aspectos y supervisión mensual.

ANEXO N° 12

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS NEUMONIAS ASOCIADAS AL USO DE VENTILADOR MECANICO

N°	ITEMS	Sí	No
	INTUBACION ENDOTRAQUEAL		
1	Realizada por	Médico asistente	
		Médico residente	
		Interno con apoyo del médico asistente	
2	Se coloca de manera correcta la mascarilla.		
3	Lavado quirúrgico de manos con solución detergente (usar lista de chequeo correspondiente).		
4-5	Se coloca de manera correcta usando una técnica aséptica de alto nivel	El mandilón.	
		Los guantes.	
6	Utiliza material de uso exclusivo para intubación endotraqueal.		
7	Delimita una zona amplia del campo estéril.		
8	Realiza la intubación con una técnica aséptica y sin contaminar el material.		
9	Instala el tubo endotraqueal en primera intención.		
10	Realiza el procedimiento con el apoyo de ayudante.		
Puntaje Total			
Porcentaje obtenido			
Calificación			
Actividad a realizar			

ANEXO N° 13

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS NEUMONIAS ASOCIADAS AL USO DE VENTILADOR MECANICO

N°	ITEMS		Sí	No
	ASPIRACION DE SECRECIONES EN LA VENTILACION MECANICA			
1	Realizada por	Médico residente		
		Enfermera del servicio		
		Interna de enfermería con apoyo de enfermera.		
2	Se coloca de manera correcta la mascarilla.			
3	Lavado clínico de manos con solución detergente (usar lista de chequeo correspondiente).			
4-5	Se coloca de manera correcta usando una técnica aséptica de alto nivel	El mandilón.		
		Los guantes.		
6	Utiliza material de uso exclusivo para aspiración de secreciones			
7	Realiza la aspiración de secreciones con técnica aséptica y sin contaminar el material.			
8	Aspira las secreciones según necesidad.			
9	Aspira las secreciones de la cavidad oral posteriormente a la aspiración de secreciones del tubo endotraqueal.			
10	Realiza el procedimiento con el apoyo de ayudante.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				

ANEXO N° 14

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS NEUMONIAS ASOCIADAS AL USO DE VENTILADOR MECANICO

N°	ITEMS		Sí	No
	MANEJO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA			
1	Realizada por	Médico residente		
		Enfermera del servicio		
		Interna de enfermería con apoyo de enfermera.		
2	Se coloca de manera correcta la mascarilla.			
3	Lavado rutinario de manos con solución detergente (usar lista de chequeo correspondiente).			
4-5	Se coloca de manera correcta usando una técnica aséptica de alto nivel	El mandilón.		
		Los guantes.		
6	Se mantiene el paciente en posición semi entado 30° - 45 °			
7	Se mantiene circuito libre de condensación.			
8	Se mantiene el cabezal bajo el tubo endotraqueal.			
9	Existe registro de nivel de tubo endotraqueal.			
10	Se mantiene fijo el tubo endotraqueal.			
11	Cambia el filtro humidificador o cascada cada 24 horas.			
12	Realiza el procedimiento con el apoyo de ayudante.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				

ANEXO N° 15

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS NEUMONIAS ASOCIADAS AL USO DE VENTILADOR MECANICO

N°	ITEMS		Sí	No
	MANEJO DE CIRCUITOS DE LA VENTILACION MECANICA			
1	Realizada por	Médico residente		
		Enfermera del servicio		
		Interna de enfermería con apoyo de enfermera.		
2	Conoce y lee previamente la Norma Técnica de frecuencia de cambio.			
3	Lavado rutinario de manos con solución detergente (usar lista de chequeo correspondiente).			
4-5	Se coloca de manera correcta usando una técnica aséptica de alto nivel	El mandilón.		
		Los guantes.		
6	Mantiene la asepsia del procedimiento.			
7	Cambia el circuito con técnica aséptica y lo mantiene estéril.			
8	Realiza el procedimiento con el apoyo de ayudante.			
Puntaje Total				
Porcentaje obtenido				
Calificación				
Actividad a realizar				