



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 21 de Abril de 2017

Visto, el expediente N° 5390/2017; con Informe N° 065-2017-OESA-HCH y Memorando N° 181-OGC-2017-HCH, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Informe N° 065-2017-OESA-HCH, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, solicita aprobación del "Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud 2017" del Hospital Cayetano Heredia; el cual cuenta con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad; quien recomienda aprobar el citado Plan;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, por Decreto Supremo N° 052-2010-PCM, se crea la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, de naturaleza permanente, que depende del Ministerio de Salud, cuya función es abordar la problemática relacionada con la vigilancia, prevención y control de la infecciones intrahospitalarias;

Que, por Decreto Supremo N° 005-2012-TR, se aprobó el Reglamento de la Ley N° 29783, "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo";

Que, por Resolución Ministerial N° 174-2011/MINSA, se aprobó el Reglamento Interno de la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, creada por Decreto Supremo N° 052-2010-PCM;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, se aprobó la NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias", cuyo objetivo es disminuir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias a nivel nacional y local, reducir los costos asociados a dichas infecciones para los usuarios y los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, de fecha 16 de marzo de 2015, se aprobó el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que, el artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, establece que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, es el órgano encargado de la vigilancia en salud pública, análisis de la situación de salud hospitalaria, salud ambiental e investigación epidemiológica;



Que, el objetivo del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Cayetano Heredia, es contribuir a la disminución de la morbilidad en los pacientes hospitalizados en los servicios críticos y no críticos seleccionados del Hospital Cayetano Heredia;

Que, estando a lo propuesto por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, recomendación de la Oficina de Gestión de la Calidad, e Informe N° 239-2017-OAJ, de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Cayetano Heredia;

Con el visado de las Jefaturas de las Oficinas de Epidemiología y Salud Ambiental, y Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el "Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud 2017" del Hospital Cayetano Heredia; el cual se adjunta en anexo aparte y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Dejar sin Efecto la Resolución Directoral N° 279-2016-HCH/DG, de fecha 20 de abril de 2016, que aprueba el Plan aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, la responsabilidad de la ejecución, evaluación, seguimiento, monitoreo, supervisión del Plan aprobado.

Artículo 3°.- ENCARGAR, a la Oficina de Comunicaciones, la difusión de esta resolución, en la página web de la entidad.

Regístrese y comuníquese.



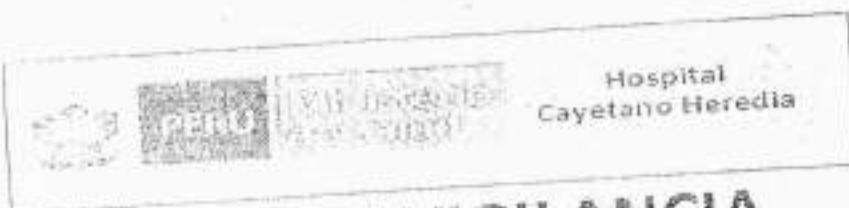
SCA/EPG/REG/DK
D.O.
CASA
CAJ
(Arch. / Fin. / Sist.)

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DR. SEGUNDO ACHO MEGO
DIRECTOR GENERAL
D.M.P. 27204

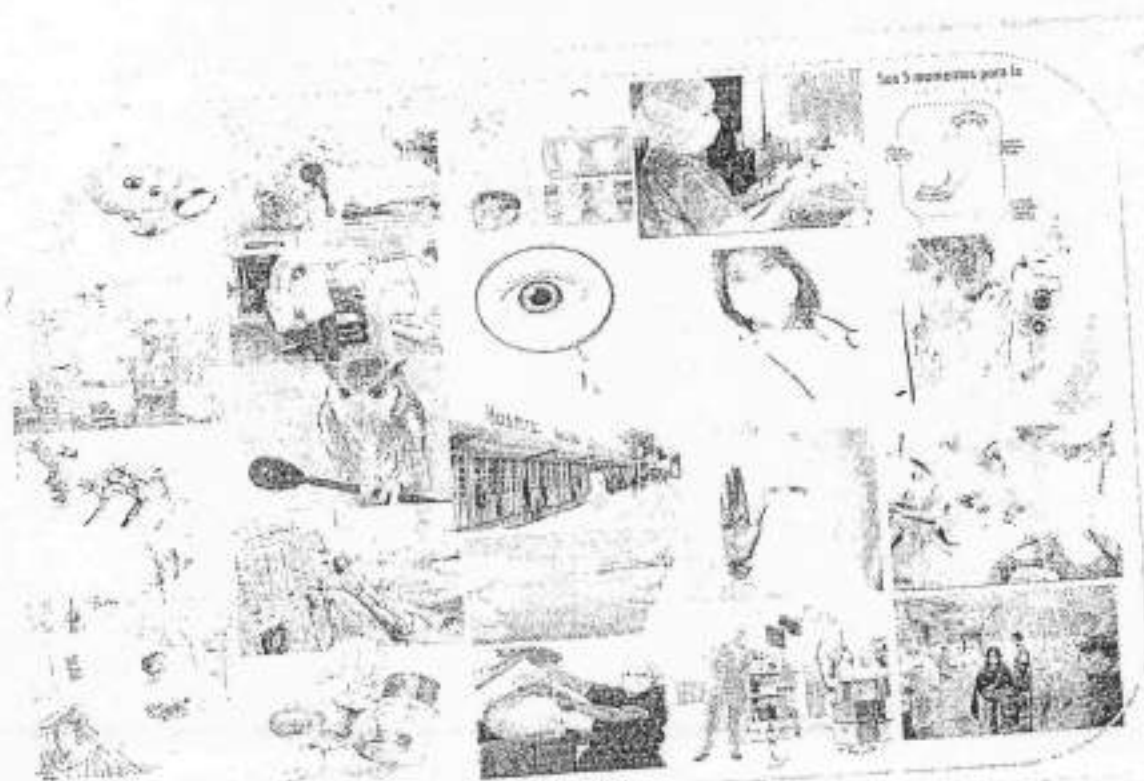
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL

24 ABR. 2017

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISEP
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
PROTARIO TITULO
TRAMITE INTERNO



PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



2017

I. INTRODUCCION.....	1
II. FINALIDAD.....	2
III. BASE LEGAL.....	2
IV. METODOLOGIA.....	3
V. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
5.1. PROBLEMA.....	4
5.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS IAAS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA AÑO 2016.....	4
5.1.2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS IAAS.....	4
5.1.3 DISTRIBUCIÓN DE LAS IAAS SEGÚN SERVICIO Y FACTOR DE RIESGO ASOCIADO.....	5
5.1.4 TASAS REFERENCIALES DE DENSIDAD DE INCIDENCIA E INCIDENCIA ACUMULADA SEGÚN TIPO DE IAH, FACTOR DE RIESGO Y SERVICIO HOSPITALARIO.....	6
5.2 ANALISIS FACTORES CAUSALES.....	7
5.2.1 CAUSAS.....	7
5.2.2 EFECTOS.....	8
VI. OBJETIVOS.....	9
VII. LINEAS ESTRATEGICAS.....	9
VIII. MATRIZ DEL MARCO LOGICO.....	10
IX. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES.....	16
X. RESPONSABLE.....	25
XI. FINANCIAMIENTO.....	25
XII. EVALUACION.....	25
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	25



Las infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS) son contraídas por un paciente durante su tratamiento en cualquier tipo de entorno en el que reciba atención. Dichas infecciones pueden aparecer incluso después del alta del paciente. Se consideran el evento adverso más común en la prestación de servicios de salud. Son multicausales y tienen como factores contribuyentes aspectos relacionados con los sistemas de salud, los procesos de la prestación del servicio o los comportamientos individuales de los trabajadores de la salud.^{1,2}

Según la OMS, cada año cientos de millones de pacientes tratados en centros hospitalarios, ambulatorios o de consulta externa contraen infecciones nosocomiales obteniendo como consecuencia evoluciones tórpidas que no hubieran tenido lugar si no se hubieran infectado, la prolongación en el tiempo de estancia hospitalaria, discapacidades por largos periodos y, en el peor de los casos, la muerte. Se considera que en el mundo, durante el proceso de atención, más de 1.4 millones de pacientes contraen infecciones hospitalarias, siendo el riesgo de infección de 2 a 20 veces mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados.³ Su verdadera carga mundial es desconocida debido a que no se cuentan con datos estadísticos confiables, pues la mayoría de países carece de programas de vigilancia relacionados con el tema y, aquellos que los tienen, presentan dificultades derivadas de la complejidad y falta de uniformidad de criterios de diagnóstico.⁴

El Hospital Cayetano Heredia (HCH), como todo hospital público tiene la misión de ofertar servicios de salud de calidad a la población que acude en busca de soluciones a sus problemas de salud. Esta prestación de servicios y cuidados, debe incluir las acciones preventivas para evitar el surgimiento de nuevos problemas infecciosos derivados de su permanencia hospitalaria, vale decir prevenir y/o controlar el desarrollo de (IAAS).

Las IAAS son frecuentes, entre el 5 y el 10 % de los egresos sufren una infección; son localizadas o generalizadas y pueden provocar la muerte del paciente (3-6%). El origen puede ser endógeno con la participación de la flora del paciente, o exógeno por microorganismos que adquiere el paciente a través de los objetos y manos de las personas que lo atienden. Las infecciones de origen exógeno son las que se pueden prevenir y están asociadas a las prácticas de atención, razón por lo que las IAAS son consideradas un indicador de calidad de la atención en la dimensión seguridad.



Disminuir la morbilidad sobre agregada en pacientes hospitalizados en los servicios críticos y no críticos seleccionados del Hospital Cayetano Heredia.

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud. Norma Técnica N° 026 de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias aprobada con la R.M. N°179-2005/MINSA.
- Norma Técnica N° 020 de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias aprobada con la R.M. N°753 - 2004/MINSA.
- Ley N° 27314 – Ley General de Residuos Sólidos.
- Ley N° 29783 "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo" según D.S. 005-2012-TR.
- R.M. N° 523-2007/MINSA que aprueba la Guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- RM N° 366-2009/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención Materna y Neonatal 2009-2013.
- R.M. N° 768-2010/MINSA Plan Nacional de prevención del VHB, VIH y la TB por riesgo ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010 – 2015.
- R.M. N° 372-2011/MINSA "Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de los Ambientes de los Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- RM N° 546-2011/MINSA que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos de Salud".
- R.M. N° 168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".



El presente plan de trabajo fue elaborado en reuniones de trabajo conformado por el Equipo de trabajo de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) y del Comité de Vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) del HCH, en los que se problematizó la situación de las IAAS del en el año 2016.

Para tal efecto, el equipo se reunió en varias oportunidades en el ambiente de la Unidad de Evaluación e Investigación Epidemiológica de la OESA, para posteriormente evaluar posibles causas y efectos, llegando a determinar los objetivos y las líneas de acción a través del marco lógico y en concordancia de los Lineamientos para la prevención y control de las IAAS establecidas por el MINSA.

Posteriormente se realizaron reuniones de trabajo con los jefes médicos y de enfermería de los diferentes departamentos a fin de obtener el consenso y compromiso de trabajo para el logro de las actividades y metas propuestas en el Plan.

Socialización:

Cuando estuvo finalizada la propuesta del Plan de Vigilancia, prevención y control de las IAAS, se realizó reuniones con el Comité de IIH, Comité de Uso racional de antimicrobianos, Departamento de enfermería (supervisoras, jefes de servicio y coordinadores), Jefatura de Servicios de Cuidados intensivos adultos, así como con los jefes del Dpto. de Diagnóstico Clínico y patológico, jefatura y equipo médico de Dpto. de Medicina, Cirugía, Cuidados intensivos neonatales, Jefatura de Oficina de Recursos Humanos- Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo. En dichas reuniones se discutió la propuesta del Plan, así como se recibió y tomo nota de las observaciones y sugerencias de mejora sustentadas técnicamente de parte de los participantes, los mismos que fueron incluidos en el presente plan de trabajo.



5.1. PROBLEMA:

5.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS IAAS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA AÑO 2016

En el HCH, desde el año 1998 se viene realizando la vigilancia de las IIH, de acuerdo a las Normas Técnicas establecidas por el MINSA. Esta vigilancia de las IIH, ha mostrado las tasas de infección Intrahospitalaria

El incremento de las IAAS se debe a múltiples factores, entre los que debe mencionarse el incremento del uso de procedimientos médicos invasivos, con fines de diagnóstico o de tratamiento, que al no cumplir con todos los requerimientos de seguridad exigidos, se constituyen en factores de riesgo.

TASA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS, SEGÚN
AÑOS HCH 2012-2016

Tasa x 1000	25					
	20					
	15					
	10					
	5					
	0					
		2012	2013	2014	2015	2016
IHO		1.44	1.08	1.07	1.72	1.53
Endomet		1.11	0.76	0.76	0.745	0.58
NAV		20.51	20.83	16.36	11.51	11.36
ITUx CUP		5.92	4.25	6.88	5.12	3.82
ITSx CVP		0.5	2.02	1.11	0.89	2.3
ITSx CVC		11.26	11.26	8.32	10.28	8.10

Fuente: Oficina de Epidemiología y S.A.

Las IAAS en el Hospital vienen disminuyendo a comparación de años anteriores estando las ITU x CUP la que mayor descenso presentó, mientras que las ITS x CVP si aumentaron.

5.1.2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS IAAS

Los casos de IIH-IAAS notificadas en el 2016 fueron 197, de las cuales, el 27% corresponde a Infección del Torrente Sanguíneo (ITS), seguido del 25% que corresponde a Neumonía (NAV). Así mismo existe el 17% de Infección de Tracto Urinario (ITU) y otro importante 17% de Infección de Herida Operatoria (IHO).

Referente a las infecciones según el tipo de exposición a dispositivo médico o procedimiento quirúrgico, se ha observado que el 26% de pacientes que presentaron algún tipo de infección intrahospitalaria fue expuesto a 6785 días de exposición al Catéter Venoso Central, seguido del



25% de pacientes que fueron expuestos a 5477 días de exposición a la Ventilación Mecánica. Existe el 17% de pacientes que fueron expuestos a 9699 días de exposición al Catéter Urinario Permanente (CUP), y otro 17% de pacientes expuesto a intervención quirúrgica de Césarea. Así mismo existe un 12% de pacientes que presentaron Endometritis asociado a la atención del parto por cesárea.

5.1.3 DISTRIBUCIÓN DE LAS IAAS SEGÚN SERVICIO Y FACTOR DE RIESGO ASOCIADO

FACTOR RIESGO	NEO	UCI ADULTO	MED	CIRUGIA	UCI PED	GINECO	TOTAL	%
ITS X CVC	27	22	0	0	2	0	51	26%
ITSXCVP	3	0	0	0	0	0	3	2%
IIUXCUP	0	18	7	9	0	0	34	17%
NAV	6	42	0	0	2	0	50	25%
ENDO VAG	0	0	0	0	0	1	1	0.5%
ENDO CESARE	0	0	0	0	0	24	24	12%
IIIOX CESARE	0	0	0	0	0	33	33	17%
HERNIO	0	0	0	0	0	0	0	0.5%
TOTAL	36	82	7	10	4	58	196	100%
%	18%	42%	4%	5%	2%	29%	-	100%

FUENTE: Vigilancia Epidemiológica de las IAH- OESA-HCH

Durante el año 2016 el mayor porcentaje 42% de las IAAS fueron identificadas en la UCI de Adultos, seguido del 29% de IAAS que fueron identificados en el servicio de Gineco Obstetricia. Por otro lado, existe un importante 18% de IAAS que fueron identificados en la UCI Neonatal. Cabe hacer notar que las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes son expuestos a mayor cantidad y frecuencia de dispositivos médicos invasivos.



5.1.4 TASAS REFERENCIALES DE DENSIDAD DE INCIDENCIA E INCIDENCIA ACUMULADA SEGÚN TIPO DE IIH, FACTOR DE RIESGO Y SERVICIO HOSPITALARIO

A continuación, presentamos las tasas de IAAS 2016 según factor de riesgo y servicio, asimismo la comparación con la tasa 2015 y la tasa referencial para la categoría III-1 emitido por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

		Servicio		Tasa 2016		Tasa 2015		Tasa Referencial III-1	
		2016		2015		2016		2015	
Neumonía	Ventilación Mecánica	UCI Neonatal	8,26	4,72	4,81				
		UCI Pediátrica	2,49	1,5	1,40				
		UCI Adultos	13,00	14,55	11,84				
Infección del Tracto Urinario	Sonda Vesical	UCI Adultos	4,87	5,43	3,88				
		UCI Pediátrica	8,85	0	5,38				
		Medicina	4,39	2,5	3,27				
		Cirugía	7,28	2,56	2,50				
Infección del Torrente Sanguíneo	Catéter Venoso Central	UCI Neonatal	7,31	15,57	5,47				
		UCI Adultos	10,68	6,33	2,27				
		UCI pediátrica	11,6	1,35	9,6				
Infección de Herida Operatoria	Catéter Venoso Periférico	UCI Neonatal	0,89	2,3	1,71				
		Cirugía	0	0	0,37				
		Colección	0	0	0,37				
Endometritis	Hemiotomía	Cirugía	0	0	0,37				
		Parto Cesárea	1,72	1,53	1,45				
		Parto Vaginal	0,14	0,05	0,19				
Endometritis	Parto Cesárea	Obstetricia	1,35	1,11	0,7				

(*) Promedios referenciales de Hospital III-1 DGE-MINSA

Fuente: Sistema de Vigilancia de IIH - OI SA - IIC

El cuadro muestra una elevada incidencia de infecciones asociadas a procedimientos invasivos: Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central (ITS), Infección del Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente (ITU), Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) e Infección de Herida Operatoria (IHO) en los servicios críticos y gineco obstetricia, comparado con el Promedio Nacional de Hospitales III-1.

La prevención y control de las IAAS se basan en estrategias ligadas principalmente a las buenas prácticas de atención. En la práctica representan una tarea amplia y compleja para lo cual resulta indispensable la disponibilidad de información epidemiológica y microbiológica, una eficiente gestión hospitalaria y el involucramiento del personal de salud en las acciones de



prevención y control, asumiendo cada grupo ocupacional las responsabilidades que le competen¹.

5.2 ANALISIS FACTORES CAUSALES

5.2.1 CAUSAS

a) De Estructura

- Escasos ambientes para realizar el aislamiento individual y aéreo en todos los servicios.
- Carencia de una central de esterilización centralizada
- Insuficiente y en varias oportunidades inadecuados ambientes para la atención de los pacientes. Servicios que no cumplen con las especificaciones de infraestructura establecido por las normas técnicas.

b) De Gestión

- Existencia de Gulas clínicas y de procedimientos no actualizados en algunos servicios, que contengan paquetes de medidas de prevención de las IAAS.
- Inadecuada e insuficiente dotación de materiales e insumos para la prevención de IAAS y otras infecciones transmisibles
- Escaso compromiso de algunos Jefes de Departamentos y servicios con las acciones de prevención y control de las IAAS y otras enfermedades transmisibles.
- Carencia de documentos de gestión para la supervisión integral de los factores de riesgo para la ocurrencia de las IAAS de parte de las jefaturas.
- Carencia del documento de identificación de riesgos según áreas hospitalarias (con énfasis en los riesgos biológicos) del hospital.

c) De Procesos:

- Procedimientos invasivos que no siempre se realizan con supervisión de los jefes y/o coordinadores responsables de dichos procesos.
- Procedimientos de limpieza, desinfección de alto nivel que se realiza en forma descentralizada y escaso monitoreo y control.
- Carencia de información específica de los procesos, procedimientos de riesgo que se realiza en cada servicio.
- Carencia de sistemas eficaces de monitoreo y control de las actividades de riesgo para la ocurrencia de las IAAS.
- Carencia de sistemas de monitoreo y control de las actividades de aislamiento aplicados a pacientes con enfermedades transmisibles.
- Carencia de un sistema de monitoreo, supervisión y control de antisépticos y desinfectantes de uso en los diferentes servicios hospitalarios.



- Carencia de un sistema de capacitación obligatoria en los aspectos de prevención y control de IAAS.
- Disminución de la adherencia a la higiene de manos en el segundo semestre del 2016.

d) Humano

- Escasa disposición del personal profesional para participar en las acciones de capacitación en prevención y control de las IAAS.
- Escasa participación en capacitación del personal médico (asistentes y residentes)
- Presencia permanente de personal en formación (Estudiantes, Internos, Residentes, etc.) que requieren estrecha supervisión del cumplimiento de las medidas de Medidas de Prevención de IAAS.

5.2.2 EFECTOS:

- Poca adherencia a las medidas de prevención de IAAS
- Incidencia de las IAAS elevadas con respecto a los promedios referenciales
- Incremento de la estancia hospitalaria de pacientes afectados por las IAAS.
- Incremento de los costos de atención de los pacientes afectados con alguna IAAS
- Incremento de la morbilidad
- Incremento de mortalidad
- Presencia de brotes
- Deterioro de la calidad del servicio ofertado por el hospital



a) GENERAL:

- Disminuir la incidencia de las IAAS – Infección del Torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central y Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, en la UCI Adultos del Hospital Cayetano Heredia en el periodo 2017.

b) ESPECIFICOS

- Implementar prácticas seguras estandarizadas para el control de IAAS en las Unidades de cuidados intensivos y servicios hospitalarios como medicina adultos, Gineco obstetricia, mediante la aplicación de estrategias y metodologías basadas en evidencia científica.
- Fortalecer las competencias del personal asistencial para la prevención y control de las IAAS en el hospital.
- Fortalecer el uso apropiado de los antimicrobianos.
- Minimizar los riesgos ambientales para la presencia de las IAAS en el Hospital Cayetano Heredia.

LE 1: Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud del hospital Cayetano Heredia.

LE 2: Implementar prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en Evidencia.

LE 3: Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud, e investigación de brotes hospitalarios.

LE 4: Fortalecer el laboratorio para la vigilancia microbiológica, apoyo al diagnóstico e investigación de brotes hospitalarios.

LE 5: Promover el uso adecuado de antimicrobianos, antisépticos y desinfectantes.

LE 6: Minimizar la presencia de riesgos estructurales y ambientales para la presencia de IAAS.



RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN:	(impacto general)	(Fuentes de verificación)	(condiciones necesarias)
Contribuir a la disminución de la morbilidad en los pacientes hospitalizados en los servicios críticos y no críticos seleccionados del Hospital Cayetano Heredia.	Tasa de mortalidad hospitalaria	ASISHO	El hospital cuenta con presupuesto que cubre todas sus necesidades para la atención de pacientes
PROPOSITO: (impacto o beneficio a ser logrado)			(para el logro del fin)
Se ha logrado disminuir la incidencia de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) en el Hospital Cayetano Heredia (Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a catéter venoso central (ITS) y Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) en UCI Adultos.	Densidad de incidencia de ITS asociado a CVC. Densidad de incidencia de NAV.	Informe del análisis de la densidad de incidencia de las infecciones asociadas a la atención de salud de la UCI Adultos del HCH.	Contar con el apoyo y compromiso de la Dirección General, del Comité de Infecciones Intrahospitalarias y Jefaturas de Departamentos. Contar con adecuada dotación de infraestructura, recursos humanos, equipos, materiales e insumos.



Líneas Estratégicas	(descripción de resultados)	(lugar de verificación de productos)	(para el logro del propósito)
LE 1 Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de las IAAS-HCH	01 Plan de Vigilancia, prevención y control de las IAAS socializado y aprobado con RD	RD de aprobación del Plan	Contar con el apoyo y compromiso de la Dirección General y equipos de Gestión de los diferentes niveles
	01 Plan de Capacitación en Vigilancia, prevención y control de las IAAS aprobado con RD	RD de aprobación del Plan Informe semestral de capacitación	Contar con la participación de la Unidad de desarrollo del Talento Humano
	01 Plan de Supervisión de las medidas de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS aprobado con RD.	RD de aprobación del Plan de supervisión	Contar con la participación activa del Equipo de supervisión
	01 Comité de supervisión aprobado por RD	RD de conformación del Comité Informe semestral de Supervisión	



Líneas Estratégicas	(descripción de resultados)	(lugar de verificación de productos)	(para el logro del propósito)
LE 2: Implementar prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.	01 Lista de chequeo de objetivos diarios (BUNDLE) para la prevención de las ITS asociado a CVC y de la NAV en UCI Adultos.	Informe de supervisión de la aplicación de medidas comprobadas para ITS x CVC y de NAV.	
	01 Lista de chequeo (BUNDLE) para la prevención de las ITS asociado a CVC UCI Neonatal.	Informe de supervisión de la aplicación de medidas comprobadas para ITS x CVC	
	01 Lista de chequeo del BUNDLE para la prevención del BUNDLE para la prevención de la ITU asociado a CUP en el servicio de Medicina Adultos	Informe de supervisión de la aplicación de medidas comprobadas para ITU x CUP	
	01 Lista de chequeo para el monitoreo de la antibioprolifaxis en partos por cesárea en el servicio de Gineco Obstetricia.	Informe de supervisión de la aplicación de antibioprolifaxis en cesáreas	Contar con el apoyo y compromiso de la Dirección General, Jefatura de UCI Adultos, UCI Neonatal, Departamento de Medicina, Gineco obstetricia, Departamento de enfermería, Unidad de Seguridad y salud del trabajo
	01 Plan de trabajo para la medición de la adherencia a la higiene de manos en los servicios asistenciales del hospital.	Plan de trabajo aprobado con RD.	
	02 Informes de evaluación de las acciones de prevención y control de exposición y accidentes laborales por riesgo biológico en el HCH	Informe.	
	06 Reuniones de evaluación de la disponibilidad de material médico, y otros, necesarios para la atención de salud con calidad.	Informe de reunión	



WV

Líneas Estratégicas	(descripción de resultados)	(lugar de verificación de productos)	(para el logro del propósito)
LE 3: Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud, e investigación de brotes hospitalarios.	100% de servicios seleccionados con vigilancia activa de las IAAS	Informe analítico mensual de IAH por servicios	-Contar con compromiso y apoyo de la Dirección General, jefaturas de Departamentos y coordinadores de médicos residentes.
	100% de servicios vigilados con retroinformación de los resultados	Cargo de entrega de Informes analíticos mensuales de resultados de las IAAS	-Contar con adecuada dotación de recursos Humanos, materiales e insumos para la realización del estudio.
	01 Estudios de Prevalencia de IAH en hospital	Informe de Estudio de prevalencia	
	100% de brotes epidemiológicos investigados	Informe de Brota	



Líneas Estratégicas	(descripción de resultados)	(lugar de verificación de productos)	(para el logro del propósito)
LE 4. Fortalecer el laboratorio para la vigilancia microbiológica, apoyo al diagnóstico e investigación de brotes hospitalarios.	80% de resultados de cultivo con resultados de bacterias multiresistentes de infecciones emergentes identificadas son notificadas inmediatamente	Informes a los servicios y a epidemiología	-Contar con el apoyo y compromiso Jefe de Laboratorio. -Jefes de departamentos y servicios médicos
	70% cultivos microbiológicos son medidos cuantitativamente	Reporte de laboratorio	Contar con adecuada dotación de insumos para cultivos
	50% de servicios realizan discusión de mapa microbiológico de su servicio	Reunión de presentación de resultados con participación de los servicios	-Contar con adecuada dotación de recursos: Humanos, materiales e insumos para la realización del mapa
Líneas Estratégicas	(descripción de resultados)	(lugar de verificación de productos)	(para el logro del propósito)
LE 5. Promover el uso adecuado de antimicrobianos, antisépticos y desinfectantes.	01 plan de trabajo para la contención de resistencia microbiana a través de la promoción del uso apropiado de antimicrobianos del HCH.	Plan de trabajo aprobado con RD	Contar con el apoyo de la Dirección General Contar con el apoyo del Jefe del Depto. de Medicina Tropical Contar con el apoyo y compromiso Sub Comité de Uso racional de antimicrobianos.
	70% de servicios aplican la norma de antisépticos y desinfectantes de uso hospitalarios del HCH	Informe de supervisión	Contar con el compromiso Jefe de Farmacia Departamento de Enfermería



Líneas Estratégicas	(descripción de resultados)	(lugar de verificación de productos)	(para el logro del propósito)
LE 6: Minimizar la presencia de riesgos estructurales y ambientales para la presencia de IAAS	85% de servicios inspeccionados en limpieza hospitalaria, mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura de limpieza y residuos sólidos y el control de equipos y materiales de limpieza y manejo de residuos sólidos. 100% de acciones establecidos son monitoreados en calidad de agua, manipulación de alimentos y control de vectores y roedores.	Informes de Inspección Informe de supervisión	- Contar con compromiso y apoyo de la Dirección General, Dirección Administrativa, Logística, Servicios Generales. - Contar con adecuada dotación de recursos: Humanos, materiales e insumos para la implementación del plan. Contar con adecuada dotación de recursos: Humanos, materiales, insumos y equipos para la implementación del plan.



N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE(S)	META	TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
LE 1 Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud del hospital Cayetano Heredia.								
1	Elaboración y aprobación del Plan de Vigilancia, prevención y Control de las IAAS	Plan con RD	Dirección General OESA	1	1			
2	Socialización el Plan de Vigilancia, Prevención y control de las IAAS del HCH a los diferentes niveles de gestión.	Acta de Reunión	Dirección General, Of. de Comunicaciones OESA	1	1			
3	Difusión del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS del HCH vía página web	Publicación en pág. Web del HCH	OESA Oficina de Comunicaciones	1	1			
4	Evaluación del Plan de Vigilancia, prevención y control de las IAAS del HCH	Informe de Evaluación	Dirección General OESA Comité de VPC de las IAAS del HCH	2	1			1
5	Elaboración del Plan de capacitación para la vigilancia, prevención y control de IAAS(PVPC-IAAS)	Plan con RD	OESA Oficina de Capacitación	1	1			
6	Ejecución del Plan de capacitación para la vigilancia, prevención y control de IAAS	Informe de capacitación	Oficina de capacitación OESA	2	1			1
7	Elaboración del Plan de Supervisión de las medidas de prevención y control de las IAAS (Asistencia Hospitalaria)	Plan con RD	OESA	1	1			
8	Conformación del Comité de Supervisión a las medidas de prevención de las IAAS	RD	Dirección General OESA	1	1			
9	Ejecución e informe de la Supervisión de las medidas de prevención y control de las IAAS	Informe de Supervisión	OESA Comité de VPC de IAAS del HCH	2	1			1



N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE(S)	META	TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
LE 2: Implementar prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.								
10	Elaboración del Plan de Fortalecimiento para la prevención de ITS x CVC y de Neumonía asociado a Ventilación Mecánica (NAV) en UCI adultos	Plan Aprobado RD	Jefe de UCI adultos	1	1			
11	Reunión de coordinación para la revisión de la Guías de práctica clínica de prevención de la infección de torrente sanguíneo y Neumonía asociado a Ventilación Mecánica en las UCI Adultos	Acta de Reunión	Jefe de UCI adultos Jefe de Of. Calidad	2	2			
12	Elaboración de la Lista de Chequeo de objetivos diarios para la prevención de las ITS y de NAV en UCI Adultos	Lista de Chequeo validada	Jefe de UCI adultos	1	1			
13	Ejecución del plan de Capacitación al personal asistencial en prevención de la ITS y de la NAV en UCI adultos	Relación de asistencia	Jefe de UCI Adultos Enfermera coordinadora de UCI Adultos	1	1			
14	Implementación de paquete de medidas comprobadas para la prevención de ITS x CVC y de NAV en UCI adultos	Listas de chequeo aplicada	Jefe de UCI Adultos Enfermera coordinadora de UCI Adultos	9	3	3		3



N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE(S)	META	TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
LE 2: Implementar prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.								
15	Problemática en presencia de ITS x CVC en UCI adultos	Acta de reuniones	Jefe de UCI Adultos Enfermera coordinadora de UCI Adultos	6	2	2	2	2
16	Supervisión a la aplicación de medidas comprobadas para la prevención de ITS en UCI Adultos	Informe	Comité de supervisión	6	2	2	2	2
17	Elaboración del Plan de Fortalecimiento para la prevención de ITS x CVC UCI Neonatal	Plan Aprobado RD	Jefe de UCI Neonatal	1	1			
18	Elaboración de la Lista de Chequeo (BUNDLE) para la prevención de las ITS UCI Neonatal	Lista de Chequeo validada	Jefe de UCI adultos	1	1			
19	Aprobación oficial de las Guías de práctica clínica de prevención de la infección de torrente sanguíneo en UCI Neonatal	Guías con RD	Jefe de UCI Neonatal	1	1			
20	Ejecución del plan de Capacitación al personal asistencial en prevención de la ITS en UCI Neonatal	Relación de asistencia	Jefe de UCI Neonatal Enfermera coordinadora de UCI Neonatal	1	1			
21	Implementación de paquete de medidas comprobadas (BUNDLE), para la prevención de ITS x CVC en UCI Neonatal	Listas de chequeo aplicadas	Jefe de UCI Neonatal Enfermera coordinadora de UCI Neonatal	9	3	3	3	3
22	Problemática en presencia de ITS x CVC en UCI Neonatal	Acta de reunión	Jefe de UCI Neonatal Enfermera coordinadora de UCI Neonatal	6	2	2	2	2
23	Supervisión a la aplicación de medidas comprobadas para la prevención de ITS en UCI Neonatal	Informe	Comité de supervisión	6	2	2	2	2
24	Elaboración del Plan de Fortalecimiento para la prevención de IHQ en cesáreas en Obstetricia	Plan Aprobado RD	Jefe de Gineco Obstetricia	1	1			



25	Elaboración o actualización de Guías de antibioprolifaxis para pacientes en cesárea para la prevención de IHQ en cesáreas en el servicio de Obstetricia	Guía aprobada por RD	Jefe de Gineco Obstetricia Enfermera Jefe de G.O. Jefe de Obstetras Jefe de Of. Calidad	1	1	
26	Elaboración de la Lista de Chequeo de aplicación de guía de antibioprolifaxis en partos por cesárea	Lista de Chequeo validada	Jefe de Gineco Obstetricia Enfermera Jefe de G.O. Jefe de Obstetras	1	1	
27	Reunión de coordinación para la implementación de la antibioprolifaxis en partos por cesárea	Acta de Reunión	Jefe de Gineco obstetricia Jefe de la OESA Presidente Comité de IH	2	2	
29	Supervisión del cumplimiento de la antibioprolifaxis en partos por cesárea	Informe	Comité de supervisión	3	1	1
30	Supervisión del cumplimiento del paquete de medidas comprobadas para la prevención de ITU asociado a CUP en servicio de medicina adultos	Informe	Comité de supervisión	3	1	1
31	Supervisión a la aplicación de chequeo de Cirugía segura	Informe	Comité de supervisión Jefe Of. Calidad	3	1	1
32	Elaboración del Plan de trabajo para la Medición de la Adherencia a la higiene de manos en personal de salud asistencial del HCH	Plan con RD	OESA	1	1	
33	Ejecución de la medición de adherencia a la higiene de manos en los servicios asistenciales	Informe	OESA	2	1	1
34	Actividad de sensibilización práctica en higiene de manos en los servicios asistenciales (Campañas)	Informe	Dirección General, OESA, Dirección Administración Oficina de comunicaciones.	2	1	1
35	Supervisión de Higiene de manos en servicios críticos	Informe	Comité de supervisión	2	1	1
36	Reunión de coordinación para la evaluación de exposición y accidentes laborales por riesgo biológico	Acta de Reunión	Jefe de Unidad de Seguridad y Salud del trabajo - RR.HH Jefe de la OESA	1	1	
37	Evaluación de las acciones de prevención y control de exposición y accidentes laborales por riesgo biológico en el HCH.	Informe	Jefe de Unidad de Seguridad y Salud del trabajo RR.HH	2	1	1



N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE(S)	META	TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
LE 3: Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud, e investigación de brotes hospitalarios.								
38	Ejecución de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de las IAAS en los servicios de hospitalización	Informe de vigilancia	OESA	12	3	3	3	3
39	Elaboración del Plan de Trabajo para el Estudio de Prevalencia de las IAAS en el HCH	Plan de trabajo aprobado con RD	OESA	1	1			
40	Ejecución del Estudio de prevalencia de las IAAS del HCH	Informe del estudio	OESA	1				1
41	Investigación e intervención frente a brotes de IAAS en el HCH	Informe de brote	OESA	3	1	1	1	1
42	Elaboración y difusión de información de la vigilancia, prevención y control de las IAAS a los diferentes niveles de gestión	Boletín epidemiológico	OESA	12	4	4	4	4



N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE(S)	META	TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
LE 4: Fortalecer el laboratorio para la vigilancia microbiológica, apoyo al diagnóstico e investigación de brotes hospitalarios.								
43	Vigilar y comunicar a la brevedad posible a los servicios y Oficina de Epidemiología de los resultados de bacterias multiresistentes identificadas en cultivos	Reportes	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	12	3	3	3	3
44	Presentación y entrega del Mapa microbiológico al comité de infecciones intrahospitalarias y al subcomité de uso racional de antimicrobianos para la formulación y entrega de recomendaciones a las jefaturas de Departamentos.	Informe	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica CIIH Sub Comité de Uso Racional de Antimicrobianos OESA	2	1	1	1	1
45	Fortalecer la lectura cuantitativa en cultivos microbiológicos	Informe	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	1	1	1	1	1
46	Elaboración y entrega de Informe de presencia de gérmenes resistentes en cultivos microbiológicos de casos de IAAS	Informe	Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	12	3	3	3	3



N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE(S)	META	TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
LE 5: Promover el uso adecuado de antimicrobianos, antisépticos y desinfectantes.								
47	Formulación y presentación del Plan de trabajo para la contención de Resistencia Microbiana a través de la promoción del uso apropiado de antimicrobianos en el HCH	Plan de trabajo aprobado con RD	Comité de IHH -Sub comité de uso adecuado de antibióticos, Departamento de Farmacia	1	1			
48	Implementación y monitoreo del Plan de trabajo para la contención de Resistencia Microbiana a través de la promoción del uso apropiado de antimicrobianos en el HCH 2016	Informe	Comité de IHH Sub Comité de Uso racional de antimicrobianos	2	1			1
49	Supervisión del uso adecuado de antimicrobianos	Informe	Comité de supervisión	2	1			1
50	Elaboración de la Guía de antisépticos y desinfectantes de uso hospitalario del HCH	Guía aprobada con RD	Dpto. de Farmacia y Dpto. de Enfermería, Oficina de Calidad	1	1			
51	Socialización de la Guía de antisépticos y desinfectantes de uso hospitalario del HCH	Acta de Reunión	Dpto. de Farmacia y Dpto. de Enfermería	1	1			
52	Supervisión de cumplimiento de la guía de antisépticos y desinfectantes de uso hospitalario del HCH	Informe de monitoreo	Comité de supervisión	2				1
53	Capacitación en uso de Antisépticos y desinfectantes	Plan de capacitación aprobado por RD	Dpto. de Farmacia y Dpto. de enfermería	1	1			
54	Supervisión del uso de desinfectantes y antisépticos en servicios asistenciales	Informe	OESA Dpto. de Farmacia y Dpto. de Enfermería	2	1			1



N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE(S)	META	TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
LE 6: Minimizar la presencia de riesgos estructurales y ambientales para la presencia de IAAS								
55	Formulación del Plan de Gestión y manejo de Residuos sólidos hospitalarios.	RD de aprobación del Plan de Gestión	OESA	1	1			
56	Ejecución del Plan de Gestión y manejo de residuos sólidos hospitalarios	Informe	OESA	12	3	3	3	3
57	Formulación del requerimiento y especificaciones técnicas de los insumos y materiales para la limpieza y manejo interno de residuos sólidos hospitalarios.	Documento	OESA	1	1			
58	Cumplimiento de la contratación oportuna y de acuerdo a norma de las EPS de limpieza y manejo de residuos sólidos (interno y externo)	Contrato firmado y vigente	Dirección Administrativa Logística	2	1	1		
59	Control de insumos, materiales y equipos destinados a la limpieza y manejo de residuos sólidos hospitalarios.	Informe de control	Dpto. de Farmacia OESA	6	2	2	2	2
60	Monitoreo y Control de los Recursos humanos destinados a la limpieza y manejo de residuos sólidos hospitalarios.	Informe de control	Of. Servicios Generales	12	3	3	3	3
61	Monitoreo y supervisión de la calidad de la limpieza hospitalaria	Informe	OESA	12	3	3	3	3
62	Verificación del traslado de los Residuos sólidos biocontaminados a la disposición final de residuos hospitalarios. (relleno sanitario)	Informe	OESA	12	3	3	3	3
63	Mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura destinada a la limpieza y manejo de residuos sólidos hospitalarios.	Informe	Servicios Generales	4	1	1	1	1



64	Elaboración y difusión de la información de la limpieza y manejo de residuos sólidos hospitalarios.	Boletín	OESA	2	1	1
----	---	---------	------	---	---	---

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE(S)	META	TRIMESTRE			
					I	II	III	IV
LE 6: Minimizar la presencia de riesgos estructurales y ambientales para la presencia de IAAS								
65	Vigilancia y monitoreo de la calidad de agua para consumo humano	Informe	OESA	12	3	3	3	3
66	Vigilancia y monitoreo de la manipulación de alimentos	Informe	OESA	4	1	1	1	1
67	Vigilancia y control de vectores y roedores	Informe	OESA	12	3	3	3	3



Los responsables de diseño, validación, ejecución y evaluación del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del HCH-2017, son la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental en coordinación con el Comité de Vigilancia, prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias del HCH.

El Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del HCH-2017 será financiado con Recursos Ordinarios del Hospital Cayetano Heredia.

La evaluación se desarrollará semestral y anual, que será desarrollado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, en coordinación con el Comité de IAH del HCH, en base al cumplimiento de las Líneas Estratégicas.

Los resultados serán remitidos en informes técnicos a los niveles de gestión pertinentes.

1. Experiencia sobre el lavado de manos en un centro sanitario, Programa de infecciones. SAEC. IMAS, Consorcio Sanitario de Barcelona, 2005
2. Martínez P, Álvarez F, Rierabadía M.A, León C, López P, Díaz C, Sierra R, et al. Prevención de la bacteremia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. Med Intensiva. 2010;34(9):581-589.
3. Consejo Nacional de Salud-Comité Nacional de Calidad, Ministerio de Salud del Perú. Presentación del Proyecto Infecciones Zero-Perú. Prevención de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos centrales en las unidades de cuidados intensivos de 07 establecimientos de salud de Lima y Callao 2010-2012
4. Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria, 2005
5. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica Hospitalaria, año 2012. <http://www.who.int/gpsc/es/> consultado el 11 de noviembre de 2014
6. CDC/NHSN. Surveillance Definition of Healthcare-Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting 2013



7. Ministerio de Salud, Dirección general de epidemiología .Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. Año 2004 Lima Perú.
8. Normas prevención y control de infecciones intrahospitalarias, hospital de niños Roberto del Río comité infecciones intrahospitalarias servicio de salud metropolitano versión 3. año 2014
9. Manual de prevención y control de I.H. y Normas del Programa Nacional de I.H. - MINSAL, 1993.
10. Normas de antisépticos y desinfectantes, Hospital Van Broun Valparaíso, 1993
11. La garantía de calidad, el control de las I.H., Guía APIC, OPS, 199
12. MINSAL. (2001). "Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de elementos clínicos y manual para su aplicación "

