



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 31 de mayo de 2018



VISTO el Expediente N° 9093-2018 con el Informe N° 074-2018-OESA-HCH, remitido por la Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, respecto a la Aprobación del "Plan de Supervisión Medidas de Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2018 – 2019 del Hospital Cayetano Heredia", y;

CONSIDERANDO:

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



Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016, se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud. Estableciendo que la Norma Técnica de Salud (NTS) es el Documento Normativo de mayor jerarquía que emite el Ministerio de Salud y que regula los diferentes ámbitos de la Salud Pública, incluyendo la prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y otros aspectos sanitarios en el marco de las funciones y rectoras del MINSA. Las NTS establecen disposiciones sobre intervenciones, estrategias, objetivos, procesos tecnológicos, procedimientos y/o acciones, que contribuyen a la mejor prestación de servicios en los establecimientos de salud, así como a mejorar la calidad y seguridad de las atenciones brindadas, en cumplimiento de disposiciones legales vigentes. También establecen regulaciones referidas a otros aspectos sanitarios en el ámbito del sector salud, en salvaguarda de la Salud Pública (...);

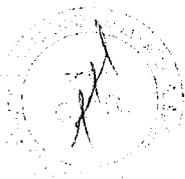


Que, mediante Resolución Directoral N° 168-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, la cual tiene como finalidad contribuir a la disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos, y cuyo objetivo es establecer las directrices que orientan el desarrollo de las intervenciones destinadas a prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud, en los establecimientos de salud del país;



Que, el ítem VII del Documento Normativo citado en el párrafo precedente, establece que en el nivel local, los establecimientos de salud son responsables de la implementación y del cumplimiento del Documento Técnico según normatividad vigente; asimismo debe contar con profesional calificado, destinado al cumplimiento de actividades de prevención, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud de manera permanente, así como las condiciones logísticas necesarias para brindar atenciones de salud con calidad;

Que, mediante Resolución Directoral N° 601-2017-HCH/DG, se aprobó el Plan Operativo Institucional (POI) 2018, en la cual, este Nosocomio destaca el fiel cumplimiento de los objetivos sanitarios para la disminución de los daños frecuentes que atacan la salud de la población así como la mejora en los aspectos de gestión, encontrándose dentro de la matriz de articulación de objetivos estratégicos – indicadores del año 2018 la actividad operativa de Vigilancia y Control de Epidemias de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental;



Que, los literales c) y f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, dispone que Las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia son los siguientes: Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud; y, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, resulta necesario aprobar el Plan de Supervisión Medidas de Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2018 – 2019 Hospital Cayetano Heredia, el cual tiene como finalidad contribuir a la disminución de la morbilidad sobre agregada en los pacientes hospitalizados en los servicios críticos y semi críticos seleccionados en el Hospital Cayetano Heredia;

Estando a lo solicitado, por la Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, lo recomendado por la Jefa de Gestión de la Calidad y la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 399-2018-OAJ/HCH;

Con visación de la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley 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 Supervisión Medidas de Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud 2018 – 2019 del Hospital Cayetano Heredia"; la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del presente Plan.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente resolución y política en la página del Web del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

- () ACPR/BIC/ACV
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OESA
() OEPE
() OGC
() OAJ
() OCOM

HCH MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

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

01 JUN 2018
EMILIANO ELISABETH GONZALEZ
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
REGISTRADO



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital
Cayetano Heredia



**PLAN DE SUPERVISION
MEDIDAS DE PREVENCION
DE LAS INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCION
DE LA SALUD**

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y S.A
UNIDAD DE EVALUACION
E INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

**HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA**

AÑO 2018-2019



INTRODUCCION

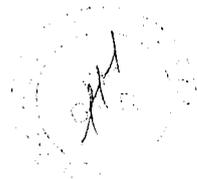
El programa de Control de Infecciones en Chile parte de una Ley Normada inicialmente como "Disminución y Control de Infecciones Intrahospitalarias", pero a mediados de la década recién pasada se cambió su nombre al de "Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud". ¿Por qué este cambio? Porque la mirada inicial que se hizo fue en el ámbito del paciente hospitalizado y los riesgos que éste tenía. Toda atención en salud conlleva riesgos, entre ellos el de adquirir infecciones que no necesariamente se circunscriben al ámbito hospitalario. La mayoría de las patologías que nos preocupan son las que ocurren dentro del hospital. El propósito actual es que las medidas para prevenir y controlar infecciones asociadas a la atención se apliquen en todo el contexto donde se dan estas atenciones, sin restringirlas exclusivamente al nivel hospitalario, donde en general está bien regulado con adecuada supervisión de sus procesos.

La supervisión planteada actualmente es un proceso administrativo, evaluador y educativo que orienta, guía, dirige y coordina la ejecución de las actividades de prevención y control de IAAS, con el fin de corregir, mejorar o modificar actitudes y habilidades, para lograr el máximo de calidad y eficiencia de la atención a la realidad y recursos existentes.

La transmisión de infecciones se puede dar por diversas vías y pueden existir condiciones propias del paciente, condiciones asociadas a la atención misma y factores del ambiente que predisponen a su transmisión. La portación de alguna infección por un paciente al momento de su ingreso al hospital puede ser tal que este se convierta en una fuente de contagio para el personal de salud o para personal de salud a otros pacientes y finalmente en una infección.

Las infecciones que ve el Departamento de Calidad y Seguridad de Pacientes del MINSAL, son aquellas que están asociadas a la atención de salud (IAAS) durante el curso de procedimientos o intervenciones que se hace sobre el paciente. En este sentido, la observación de estas infecciones se restringen a aquellos procedimientos que están con un carácter puntual permanente, pues mientras están instalados instalado mayor riesgo a adquirir una infección, pacientes con ventilador mecánico, pacientes con catéter vasculares, pacientes con sondas de cualquier tipo de cirugía, fundamentalmente cirugías limpias. En mujeres que han tenido partos se vigilan las infecciones del endometrio post parto, sea vaginal o por cesárea.

El propósito del presente plan es evaluar el nivel de cumplimiento de las Normas Generales de Prevención y Control de IAAS en los hospitales de las unidades del Hospital Cayerano Heredia, implementando el control de IAAS y enfocar las intervenciones hacia el cumplimiento de las normas, para la continua de la calidad de la atención. Se entiende como Normas Generales de Prevención y Control de IAAS a aquellos procedimientos que se realizan en las unidades clínicas y de apoyo clínico.



Esto será posible con un equipo conformado por profesionales de los servicios especializados u otras especializadas, que permita incluir en la solución de los problemas a los actores del mismo, haciendo suyos los problemas, las causas y las soluciones.

FINALIDAD

Contribuir a la disminución de la morbimortalidad sobre agregada en los pacientes hospitalizados en los servicios críticos y semi críticos seleccionados del Hospital Cayetano Heredia.

BASE LEGAL

- 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.
- Guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias aprobada con la R.M. N° 523-2007/MINSA
- Ley N° 27314 – Ley General de Residuos Sólidos.
- 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° 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”.



I. DESCRIPCIÓN DE LA VIGILANCIA DE LAS IAAS 2017

2.1 Descripción Histórica

La vigilancia epidemiológica de IAAS se inició en el año 1998, actualmente contamos con personal profesional capacitado (3 Lic. Enfermería) Se realiza vigilancia activa y selectiva por factores de riesgo que establece la Norma Técnica N° 026 de Vigilancia de IIH. Asimismo existe el Comité de Prevención y Control de IAAS que cumple sus funciones desde el año 1998, conformado por un equipo multidisciplinario de médicos y licenciadas de enfermería (Comité Operativo y Comité Ampliado).

Los datos analizados corresponden a los resultados de la Unidad de Vigilancia y Control de brotes de la OESA-HCH, cuya vigilancia se caracteriza por ser selectiva y focalizada, activa y permanente. Selectiva, por que selecciona la población de pacientes hospitalizados con factores de riesgo extrínsecos (procedimientos y dispositivos invasivos) que haya evidencia científica de ser prevenibles; focalizada, se realiza en aquellos servicios hospitalarios que presentan mayores tasas de uso: activa y permanente debido a que la obtención de los datos se basa en la detección de IIH en los servicios clínicos a cargo del personal con disponibilidad de tiempo para la búsqueda de las IIH.

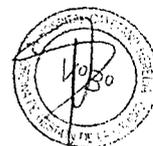
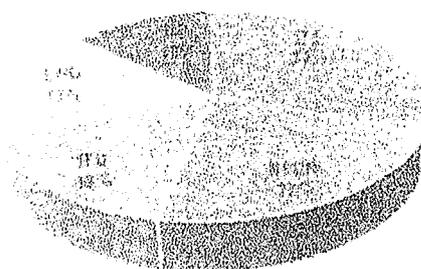
Los eventos sujetos a vigilancia corresponden a las Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS), Infección del Tracto Urinario (ITU), Neumonía (NEU), Endometritis (END), infección de Herida Operatoria (IHO), según los factores de riesgo como: Catéter venoso central (CVC), catéter venoso periférico (CVP), catéter urinario permanente(CUP), ventilador mecánico (VM); parto vaginal (PV), parto cesárea (PV), colecistectomía (COLE) y hernioplastías inguinales (HI), en los servicios de UCI Neonatal (UCI NEO), Unidad de Cuidados intensivos adultos (UCI), Gineco-obstetricia (GO), Cirugía (CIR) y Medicina (MED) según corresponda.

2.2 Distribución porcentual de las IAAS

Los casos de IIH-IAAS notificadas en el 2016 fueron 197, de las cuales, el 28% corresponden a las Infecciones al Torrente sanguíneo por catéter venoso central, seguido por Neumonías por ventilación mecánica con 25 %; mientras de infección al tracto urinario por catéter urinario represento el 17% e Infección de herida operatoria en cesáreas el 17%.

Grafico 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS INFECCIONES AL TORNENTE SANGUÍNEO POR CATEGORÍA DE INTERVENCIÓN DE SALUD EN EL 2016



Cuadro 1

Tasas de Infecciones asociadas a la atención de salud según servicios HCH 2012-2017

AÑOS	UCI NEONATOLOGÍA			UCI ADULTOS			GINECO OBSTETRICIA			MEDICINA			CIRUGIA		UCI PEDIATRIA		
	ITS X CVC	ITS X CVP	NEUMO X VM	ITS X CVC	ITU X CUP	NEUM X VM	END X PV	END X PC	IHO	ITU X CUP	ITU X CUP	IHO X COLE	HERN	ITS X CVC	ITU X CUP	NEUM X VM	
2012	15.03	0.5	10.4	10.65	6.21	27.33	0.78	1.44	1.44	6.71	4.86	0	0	3.81	5.3	2.7	
2013	10.96	2.02	14.79	11.33	4.39	24.78	0.44	1.08	1.08	8.07	4.25	0	0	11.77	0	5.05	
2014	11.35	1.11	10.23	7.06	5.73	21.19	0.17	1.35	1.07	10.44	4.67	0	0	10.42	10.7	2.7	
2015	7.31	0.89	8.26	10.58	4.87	17.06	0.14	1.35	1.72	4.39	2.78	0	0	11.6	8.85	2.49	
2016	15.57	2.3	4.72	6.33	5.43	17.05	0.05	1.11	1.53	2.5	2.56	0	0	7.35	0	1.5	
2017	1.3	0.72	0.34	0.8	2.16	7.77	0.22	0.86	0.9	2.22	1.01	0.00	0.00	5.59	18.17	0.00	
TASA PROMEDIO HOSPITAL	5.47	1.61	4.81	2.27	3.88	11.84	0.29	0.7	1.5	3.27	2.5	0.4	0.1	9.96	6.91	2.56	

La identificación de los servicios que presentaron menor aplicación de las medidas de prevención fue analizada en base a la que mayor número de tasas de IAAS presentaron siendo UCI Neonatal quien mostro tasas de Densidad de incidencia en dos de las tres infecciones vigiladas ITS x CVC y Neumonía x VM , mientras que UCI adultos presento ITS x CVC, los demás servicios presentaron tasas que se encontraban por debajo de los promedios para hospitales III-1, solo UCI pediatria presento una tasa sumamente elevada en ITU x CUP, no presentando significancia estadística por tratarse solo de 2 casos en el mes de enero y por haber estado expuesto muy pocos días.

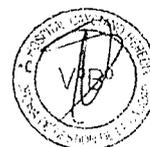
En 2017, las tasas de Neumonía en pacientes con VM en las UCI adulto mostraron una disminución significativa, en UCI neonatal hay que implementar planes de mejora para llegar a las tasas referenciales

Experiencias de supervisiones anteriores:

1.1.1 Monitoreo de la técnica de higiene de manos

Esta se realiza a través de dos formas:

Medición de la adherencia de la Higiene de manos a través de la observación del cumplimiento en los cinco momentos (recomendado por la OPS), actividad que se realiza desde el año 2011 según un cronograma establecido, para su ejecución requirió la disponibilidad de observadores ocultos en los servicios

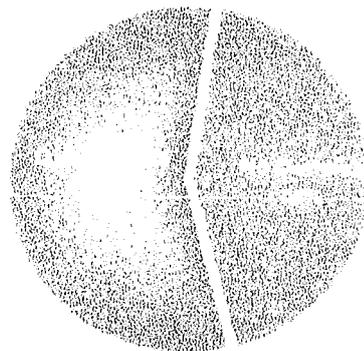


intervenidos programando 200 oportunidades por servicio proporcionalmente distribuidos por categoría de trabajador (médicos asistentes, enfermeras, tec. de enfermería, obstetras y médicos residentes)

Sobre la supervisión de la higiene de manos en los servicios de cuidados críticos y de hospitalización, son visitados por un comité conformado por personal de las oficinas de Epidemiología, Calidad, el CIH y departamento de enfermería, quienes verifican el cumplimiento de los cinco momentos, la técnica de la higiene de manos con agua y jabón y con fricción a base de solución alcohólica, existencia de materiales e insumos para la higiene de manos y conocimientos teóricos sobre esta técnica y existencia y conocimiento de la norma actualizada.

Los servicios visitados fueron: Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, UCI medicina adultos, UCI quirúrgica, UCI emergencia, Centro Obstétrico, Obstetricia, UCI Pediátrica, Emergencia adultos, Emergencia de Pediatría cabe señalar, que las visitas para esta evaluación se realizaron previa coordinación con los Médicos y enfermeras Jefes de servicios.

Grafico 9



Adherencia a la Higiene de manos (n=200)

Del total de momentos observados se evidencio que en el 56% cumplió con la adherencia a la Higiene de manos mientras que en el 44% no lo hicieron

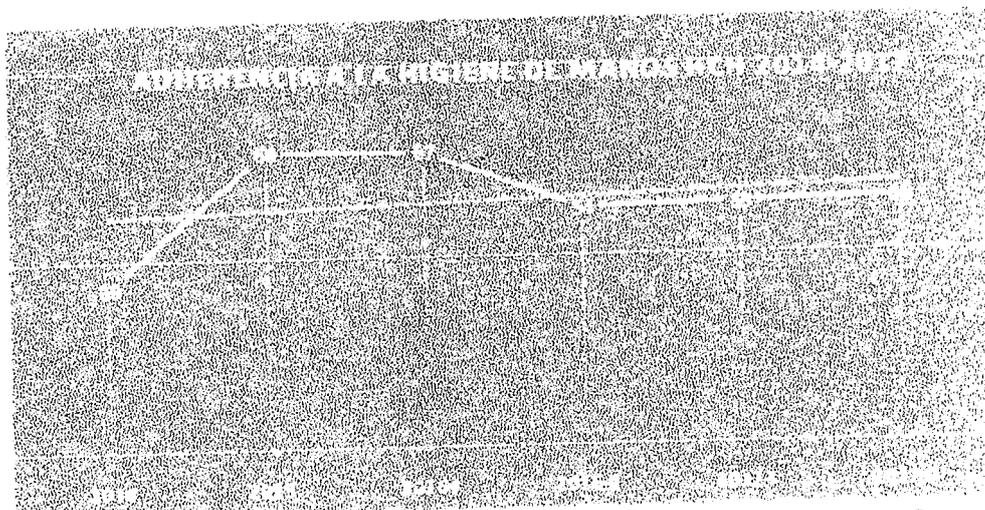


Grafico 10

Semaforización de la Higiene de manos según los cinco momentos Hospital Cayetano Heredia 2017 2do semestre

Servicio	% Cumplo	%No Cumplo	Nivel de riesgo
Total	36	44	
Traumatología	12	88	Alto Riesgo (Rojo)
Ginecología	23	77	
Emergencia Adulto	42	58	
Neumología	44	56	
Cirugía B	47	53	
Medicina Tropical	48	52	
Sala Partos	48	52	
Pediatría I	52	48	
Obstetricia	56	44	Mediano Riesgo (Amarillo)
Medicina B	61	39	
Cirugía A	65	35	Bajo Riesgo (Verde)
Emergencia pediátrica	66	34	
Pediatría II	68	32	
UCI Medicina	69	31	
Medicina A	72	28	
UCI Pediatría	79	21	
UCI Quirúrgicos	83	17	
UCI Neonatología	85	15	

Según % de adherencia se identificaron 08 servicios en alto riesgo por presentar < del 56% de adherencia, 06 servicios se encuentran en zona de mediano riesgo (ámbar), es importante el mencionar que en este grupo se encuentra UCI adultos medicina, en el que se maneja alta manipulación de secreciones y uso de procedimientos invasivos, en el que se encontró una adherencia de 69%, solo 04 servicios se encuentran en la área segura de la semaforización, entre las cuales se encuentran tres unidades de Cuidados intensivos y Medicina A quien mejora sustancialmente su adherencia.



Handwritten signatures and official stamps, including a circular stamp with 'UB' and another with 'V'B' and 'RUC'.

En los años evaluados se encontró que la mayor adherencia se logró en el 2015 con 68% de adherencia y el 2016-1 67% etapas en el que se aplicó la estrategia multimodal de la higiene de manos, a partir de esos años la mejora ha sido muy poca variando de 54 a 56% hasta el 2017-2

ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS SEGUN GRUPO OCUPACIONAL
2014-2017 HCH



La enfermera y la Obstetra fueron las que mejor adherencia mostraron en los últimos tres años, mientras que el médico residente se mantuvo como el que menos adherencia presentó

Cuadro 2

Verificación del cumplimiento de la técnica de higiene de manos con agua y jabón según servicios HCH 2do semestre 2017

Servicio	No cumple		Cumple	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
UCI Neonatal	2	25	6	75
UCI Adultos	2	25	6	75
UCI Pediatría	1	17	5	83
Neumología	2	33	4	67
Obstetricia	2	33	4	67
Cirugia B	3	38	5	63
Medicina B	3	38	5	63
Medicina A	3	43	4	57
Cirugia A	4	50	4	50
Pediatría	4	50	4	50
Tropicales	3	50	3	50
Emergencia	3	50	3	50
Traumatología	6	75	2	25
Ginecología	6	75	2	25
Sala de partos	6	75	2	25
Total	50	46	59	54

Fuente: Oficina de Epidemiología y S. A.



Disponibilidad de insumos y materiales para la higiene de manos HCH 2017-2

Disponibilidad elementos de estructura para la higiene de manos
HCH- 2 semestre 2017



Se evaluó la disponibilidad de los elementos de estructura necesarios para la práctica de Higiene de manos.

Se observa que entre el 80-100% se encontraron 3 servicios en el que UCI Neonatal obtuvo 100 %, así mismo 3 servicios se encontraron en 70% encontrándose en ámbros moderado riesgo, careciendo de algunos elementos; sin embargo lo alarmante fue observar que 9 servicios se encontraron en rojo por obtener entre 60-40%, es decir en alto riesgo, estos no cuentan con los insumos para la higiene de manos, tales como papel toalla, jabón líquido. Se observó la existencia de dispensadores que no cuentan con insumos, existiendo solo en los lugares estratégicos y algunos de los dispensadores están inoperativos por funcionar con pilar y esto no es reemplazado por lo cual también se encuentran inoperativos.

Existen servicios incluyendo UCI adultos y tropicales, UCI medicina, que colocan toalla de tela ante la ausencia de papel toalla.

UCI medicina adultos no cuenta con dispensadores de alcohol gel en lugar accesible (pared de vidrio) y los portátiles no se encuentran en la mesita de trabajo en cada cubículo por lo que los trabajadores tienen que salir de la unidad del paciente para hacer uso de agua y jabón.

Los servicios que menos porcentaje de disponibilidad de estructura para la HM son Emergencia, tropicales y traumatología, en donde el jabón líquido es usado directamente de la bolsa, debido a que el dispensador no está operativo.

Así mismo en emergencia adultos se observa la existencia de camillas con pacientes en el pasillo, estos no cuentan con dispensadores de alcohol gel.

Cabe incidir que muchos de los servicios cuentan con jabón cosmético líquido, que fue donado por las damas voluntarias.

[Handwritten signature]

[Circular stamp with 'VIB' and '3d' inside]

[Handwritten signature]

En este último trimestre se coordinó la donación de jabón con clorexidina al 2 y 4%, de una RED de servicios que tenía en demasía en su stock.

SUPERVISIÓN A LAS MEDIDAS COMPROBADAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA

Medicina A y Medicina B

Se realizó la supervisión a ambos servicios de medicina haciendo uso de observación, a 10 pacientes portadores de catéter urinario, así mismo entrevistas a enfermeras de servicio y revisión documentaria a las listas de chequeo y guías de procedimientos, que probara la aplicación del paquete de medidas

Resultados

Medicina	% de logro en fichas aplicadas	valor optimo 80 - 100% valor aceptable 60-79% valor critico < 59	MEDICINA A	73%	
			MEDICINA B	78%	

CONCLUSIONES

Existe parcialmente la aplicación de las medidas comprobadas científicamente para la prevención de las Infecciones al tracto urinario, sin embargo estas no han sido trabajadas en conjunto con el grupo de los médicos y estos a su vez con los residentes, por ello se mantiene conductas que han sido identificadas en la literatura científica como sin evidencia

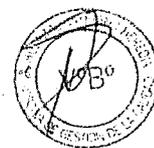
SUPERVISIÓN A LAS MEDIDAS COMPROBADAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO POR DE CATETER VENOSOS

Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales

Durante el mes de junio se realizó la supervisión al servicio en mención, haciendo uso de observación, a neonatos portadores de catéter.

Los catéter percutáneo (CP) fueron colocados por el personal de enfermería, y los catéteres umbilicales (CU) por el personal médico.

Se aplicó la lista de chequeo aprobadas en el Plan de supervisión que mide la aplicación de los paquetes de medidas de prevención, el mismo que recogió información a través de la observación, entrevistas a enfermeras y médicos de servicio y revisión documentaria de las listas de chequeo y guías de procedimientos



RESULTADO

Medidas comprobadas para la prevención de ITS	% de logro en fichas aplicadas	valor óptimo: 80-100% valor aceptable: 60-79% valor mínimo: < 50	UTI NEUMONIA	68%	
---	--------------------------------	--	--------------	-----	--

CONCLUSIONES

Existe parcialmente la aplicación de las medidas comprobadas, sin embargo estas no han sido trabajadas en conjunto con el grupo de los médicos y estos a su vez con los residentes, evidenciando un trabajo poco articulado, por ello se mantiene conductas que han sido identificadas en la literatura científica como sin evidencia.

MEDIDAS COMPROBADAS PARA LA PREVENCION DE NEUMONIA POR VENTILACION MECANICA.

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos

Se aplicó la lista de chequeo aprobadas en el Plan de supervisión que mide la aplicación de los paquetes de medidas de prevención, a pacientes con ventilación mecánica recogiendo información a través de la observación, entrevistas a enfermeras y médicos de servicio así como revisión documentaria de las listas de chequeo y guías de procedimientos.

Medidas comprobadas de prevención de neumonia	% de logro en fichas aplicadas	valor óptimo: 80-100% valor aceptable: 60-79% valor mínimo: < 50	UCI ADULTOS	68%	
---	--------------------------------	--	-------------	-----	--

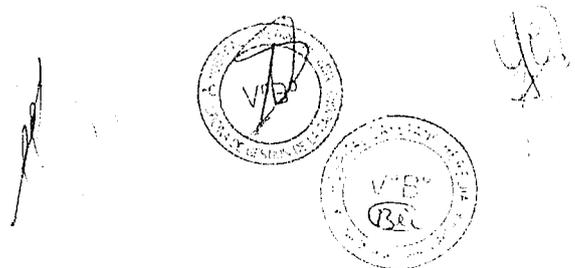
Conclusiones

Existe la aplicación de las medidas comprobadas, se está monitoreando al interior del servicio esta implementación, sin embargo se evidencia que aún están faltando algunos registros contemplados para su cumplimiento; así mismo la dotación de insumos y materiales para higiene de manos es deficiente en cantidad y oportunidad.

PREVENCION DE INFECCION DE HERIDA OPERATORIA EN CESAREAS

Servicio de Obstetricia

Se aplicó la lista de chequeo aprobadas en el Plan de supervisión que mide la aplicación de los paquetes de medidas de prevención, a pacientes Cesareadas recogiendo información a través de entrevistas a médicos y enfermeras del servicio así como revisión documentaria de las historias clínicas y guías de procedimientos.



RESULTADOS

Medidas comprobadas para la implementación de HCA en el servicio	% de logro en su aplicación	valor óptimo: 80 - 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 61	OBSTETRICIA	55%	
---	--------------------------------	---	-------------	-----	--

CONCLUSIONES

Existe parcialmente la aplicación de las medidas comprobadas, no se está monitoreando al interior del servicio esta implementación, faltando de algunas medidas contempladas para monitorear su cumplimiento; así mismo la dotación de insumos y materiales para higiene de manos es deficiente en cantidad y oportunidad

CIRUGIA SEGURA

Departamento de anestesiología

Se aplicó la lista de chequeo aprobadas en el Plan de supervisión que mide la aplicación de las listas de chequeo de cirugía segura durante el mes de Abril recogiendo información a través de las fichas.

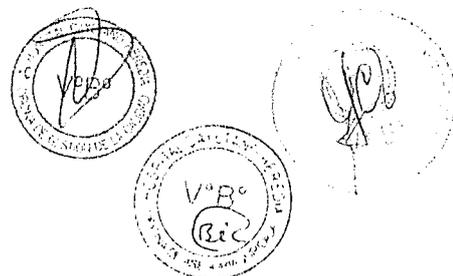
RESULTADOS

Categoría segura	valor óptimo: 80 - 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 59	CENTRO QUIRURGICO	89%	
---------------------	---	----------------------	-----	--

Fuente de información de N° de cirugías: Secretaria de anestesiología HCH

USO DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES

Se aplicó la lista de chequeo a servicios de hospitalización, en búsqueda de la norma que oriente su aplicación, así mismo la observación de buenas prácticas de almacenamiento, en coche de curaciones rotulación de las sustancias, fechas de vencimiento y estado de conservación



RESULTADOS

Antisépticos y Desinfectantes	valor óptimo: 80 - 100% valor aceptable 60 - 79% valor crítico < 59	CENEX	63%	
		CIRUGIA A	36%	
		MEDICINA B	69%	
		PEDIATRIA I	77%	
		GINECOLOGIA	50%	
		EMERGENCIA ADULTO	62%	
		ATENCION INMEDIATA RN CENTRO OBSTETRICO	57%	
			69%	

Conclusiones:

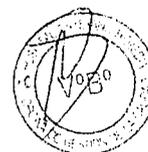
- Los servicios no cuentan con ambiente para almacenamiento de material e insumos biomédicos de acuerdo a la normatividad vigente, que los expone a la pérdida de sus propiedades y condiciones.
- En algunos servicios se almacena frascos en uso de Formol, que expone al riesgo de exposición y contaminación por la emisión de gases tóxicos que se pueden emitir de dichos frascos.
- Se hace uso de diversidad de frascos de plástico adaptados para contener los antisépticos, que expone al riesgo de contaminación de los mismos, toda vez que los frascos no pueden ser sometidos a desinfección y/o esterilización.
- Existe necesidad de estandarizar la preparación y entrega de productos desinfectantes a los servicios asistenciales, según necesidad.
- Se observa inadecuado estado de funcionamiento de equipo de aire acondicionado que expone a mayor riesgo de contaminación.

AISLAMIENTO HOSPITALARIO

En la presente Supervisión, se ha acudido a los diferentes servicios de hospitalización que muestran mayor riesgo de transmisión de microorganismos patógenos habiendo encontrado los siguientes hallazgos:

Resultados

Porcentaje de cumplimiento de medidas de aislamiento o según vías de transmisión	valor óptimo: 80 - 100% valor aceptable 60 - 79% valor crítico < 59	TRANSMISION AREA	
		TOPICO DE EMERGENCIA ADULTOS	29%
CENEX	67%		
		TRANSMISION CONTACTO	
CENEX	71%		
TROPICALES	25%		
MEDICINA B	80%		
		TRANSMISION POR GOTITAS	
TOPICO DE EMERGENCIA ADULTOS	0%		
TOPICO DE EMERGENCIA ADULTOS	0%		
TOPICO DE EMERGENCIA ADULTOS	0%		
PEDIATRIA I	40%		
TOPICO DE EMERGENCIA ADULTOS	0%		
TOPICO DE EMERGENCIA ADULTOS	0%		



Conclusiones:

- En los servicios de Emergencia Adultos, en el tópicos de Medicina y Cirugía NO se aplican las medidas de aislamiento para evitar la transmisión por vía aérea, por gotitas y por contacto, exponiendo al riesgo de transmisión de enfermedades transmisibles a pacientes y trabajadores.
- En los servicios asistenciales no se cuenta con suficiente y adecuada dotación de insumos y materiales biomédicos para aplicar las medidas de aislamiento según vías de transmisión, que expone al riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.
- En los servicios asistenciales no se cuenta con suficiente y adecuada dotación de jabón, papel y alcohol gel, para realizar la higiene de manos, de trabajadores y en pacientes, que expone al riesgo de transmisión por las manos de gérmenes patógenos y la producción de infecciones cruzadas.
- En el Tópico de Cirugía de Emergencia Adultos, se realizan los procedimientos de cirugía menor, sin cumplimiento de la técnica aséptica, que expone al riesgo de producir una IAAS y sus consecuencias

II. PLAN DE SUPERVISION DE PRACTICAS ASISTENCIALES PARA LA PREVENCIÓN DE IAAS, 2018-2019

1. OBJETIVO:

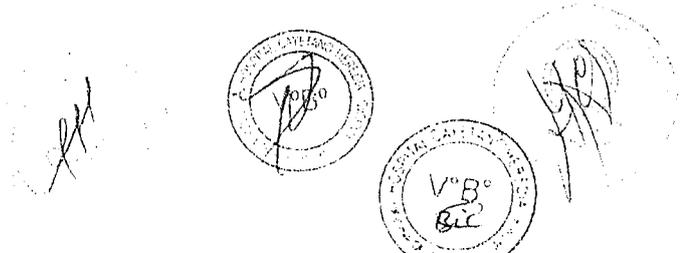
El siguiente Plan de Supervisión tiene como objetivo principal conocer el cumplimiento de las normas, protocolos y prácticas de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, establecidas por el Plan de Prevención y Control Infecciones en los Servicios de hospitalización y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar adherencia a las prácticas de prevención de IAAS en los servicios priorizados.
- Identificar las necesidades de aprendizaje de los distintos estamentos, relacionadas con las normativas y prácticas de prevención de IAAS.
- Establecer planes de intervención o de mejora efectivos de acuerdo a los resultados obtenidos, para mejorar el cumplimiento de las prácticas de prevención

2. RESPONSABILIDADES:

- ✓ La coordinación del presente plan estará a cargo del equipo de profesionales de la Unidad de Evaluación e Investigación Epidemiológica de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Cayetano Heredia



✓ Ejecución: a cargo de los profesionales del hospital, miembros del Comité de Supervisión a las Medidas de Prevención de las IAAS.

✓ Evaluación: lo realizarán en forma conjunta los profesionales de Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Cayetano Heredia y el Comité de IHH del Hospital Cayetano Heredia.

3. EQUIPO DE SUPERVISORES: Estará conformado por:

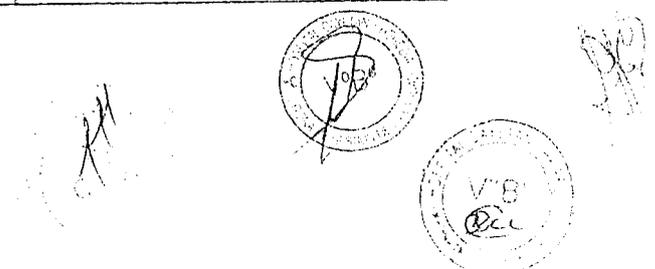
- Profesionales Médicos, Enfermeras,
- Médicos con especialidad en Infectología

4. REQUISITOS: Haber recibido el curso de capacitación en forma obligatoria sobre supervisión de medidas de prevención y control de las IAAS.

Curso de IAAS con 10 horas a más

5. NOMINA DE PROFESIONALES SUPERVISORES

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESION	SERVICIO /UNIDAD
1	Aida Palacios Ramirez	Medico	Directora HCH
2	Rosa Cancosa Gonzales	Lic. Enfermeria	Jefe Dpto de Enfermeria
3	Ella Cornelio Bustamante	Lic. Enfermeria	Epidemiologia
4	Gloria Cisneros de Vega	Lic. Enfermeria	Epidemiologia
5	Lilla Soriano Hidalgo	Lic. Enfermeria	Epidemiologia
6	Maritza Suarez Moises	Lic. Enfermeria	Epidemiologia
7	Amelia Faustino eufrazio	Lic. Enfermeria	Supervisora de enfermeria
8	Elsa Rodriguez Chula	Lic. Enfermeria	Dpto de Enfermeria
9	Isabel Matica Casiro	Lic. Enfermeria	Dpto. de enfermeria
10	Ela Vitor Sanchez	Lic. Enfermeria	Central de Esterilización
11	Lourdes Diaz Caramutti	Lic. Enfermeria	Oficina de calidad
12	Enrique Cueva Diaz	Medico	Consultorio Medico de personal
13	Victor Herrera Arana	Médico Infectólogo	Medicina
14	Coralith Garcia Apac	Médico Infectólogo	Medicina Tropical
15	Leslie Solo Arquifigo	Médico Infectólogo	Comité de IAAS
16	Eleana medina Leyva	Lic. Enfermeria	Ofic. Desarrollo de RR.HH
17	Edwin Ayala Montoro	Lic Nutricion	Nutricion y Dietetica



6. CALENDARIO DE CAPACITACION AL EQUIPO DE SUPERVISORES

FECHA	HORA	LUGAR	EXPOSITOR
17/04/2018	10:00 - 13:00	Auditorio de Cuerpo medico	Equipo OESA
20/04/2018	10:00 - 13:00	Auditorio de Cuerpo medico	Equipo OESA

7. SERVICIOS/UNIDADES A SUPERVISAR

Emergencia adultos y pediátrica	UCI Pediátrica	Medicina Tropical	Oncología y Quimioterapia
Emergencia pediátrica	Gineco Obstetricia Hospitalizacion	Pediatría I y II Hospitalizacion	Hemodiálisis
UCI Medicina	Medicina Hospitalización	Centro Quirúrgico	Nutricion
UCI Cirugía	Cirugía Hospitalización	Laboratorio Clínico	Sala de Partos
UCI Neonatal	Traumatología Hospitalizacion	Gastroenterología	Odontologia

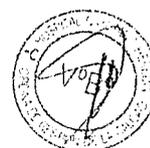
8. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE LA SUPERVISIÓN:

Definiciones operacionales

a. Evaluación.

Es la comparación de los objetivos con los resultados y la descripción de cómo dichos objetivos fueron alcanzados. Una evaluación nos indica qué está funcionando y qué no lo está, qué debemos mantener y qué debemos cambiar. Las evaluaciones constituyen una herramienta para tomar decisiones, pero ellas por sí solas no toman decisiones ni hacen los cambios.

b. El Monitoreo: evalúa o juzga el Plan de manera continuada. Para un monitoreo efectivo se requiere identificar actividades esenciales y realizar un juicio continuo de las mismas. El monitoreo depende de los sistemas de información y de la observación para evaluar las actividades, constituyendo un procedimiento clave para apoyar el logro de los objetivos.



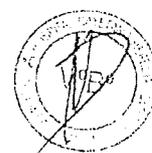
c. La Supervisión: evalúa los logros del personal que intervienen en el Plan y la calidad de su trabajo. Determina si el desempeño de cada uno de los miembros del personal concuerda con su descripción de trabajo, identifica las necesidades de capacitación del personal, con el fin de mejorar el desempeño del personal.

Según la práctica asistencial a observar se efectuará la evaluación de la práctica y su cumplimiento según lo normado de acuerdo a lo siguiente:

- d. Observación directa: El supervisor visita los servicios asistenciales y aleatoriamente aplicará la pauta de observación.
- e. Indirecta: Revisión de la historia clínica de pacientes expuestos a factores de riesgo.
- f. Registros de dotación de insumos: Verificación de la dotación oportuna, en calidad y cantidad suficiente de materiales logísticos relacionados a la práctica.

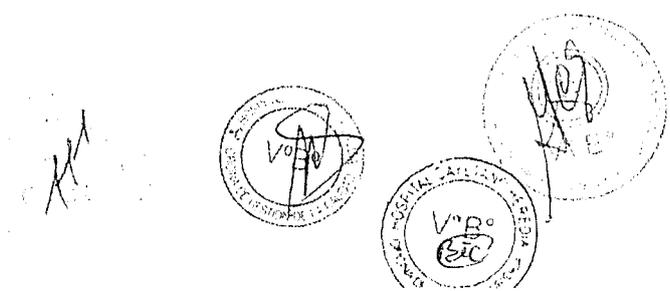
PRÁCTICA A SUPERVISAR Y METODOLOGÍA A EMPLEAR

Medidas a supervisar	Técnica de supervisión
Higiene de manos	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
	Registro de dotación de insumos
Aislamiento de pacientes, según vía de transmisión	Revisión de documentos
	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
Antisépticos y desinfectantes	Revisión de documentos
	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
Paquete de medidas comprobadas para la prevención de IU x CUP	Revisión de documentos
	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
Paquete de medidas comprobadas para la prevención de IS x CVC	Revisión de documentos
	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
Paquete de medidas comprobadas para la prevención de NAV x VM	Revisión de documentos
	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
Paquete de medidas comprobadas para la prevención de IHO en cesáreas	Revisión de documentos
	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
Proceso de esterilización	Revisión de documentos
	Observación directa procedimiento y almacenamiento
	Encuesta de conocimientos
Desinfección de alto nivel	Revisión de documentos
	Observación directa procedimiento y almacenamiento
	Encuesta de conocimientos
Uso racional de antimicrobianos	Revisión de documentos
	Encuesta de conocimientos
	Revisión de documentos
Limpieza y desinfección de Unidad del paciente	Revisión de documentos
	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
Limpieza y desinfección de ambientes físicos	Observación directa
	Encuesta de conocimientos



9. INDICADORES

INDICADOR	DESCRIPCION	DOMINIO	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE DATOS	UMBRAL	AREAS DE APLICACION
1	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos entre pacientes y personal en el momento de la atención de salud. Porcentaje de cumplimiento de las normas de HIA	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de la escala de higiene de manos. / Total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo 80 – 100% valor aceptable 65-79% valor crítico < 65	Traumatología, Emergencia adultos, Ginecología Neumología, Cirugía B, Medicina Tropical, Sala de partos, Pediatría, Nutrición, odontología, laboratorio Clínico, Hemodialisis, Oncología
3	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos por manos en la atención al paciente. Porcentaje de cumplimiento de las normas de higiene de manos	Proceso	N° trabajadores aprobados en conocimiento sobre higiene de manos / Total de trabajadores aprobados	Lista de chequeo	valor óptimo 80 – 100% valor aceptable 65-79% valor crítico < 65	Traumatología, Emergencia adultos, Ginecología, Neumología, Cirugía B, Medicina Tropical, Sala de partos, Pediatría, Nutrición, odontología, Laboratorio Clínico, Hemodialisis, Oncología
4	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos por manos en el momento de la atención de salud. Porcentaje de cumplimiento de las normas de HIA	Proceso	N° fichas aplicadas que cumplieron con la HIA / Total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo 80 – 100% valor aceptable 65-79% valor crítico < 65	Traumatología, Emergencia adultos, Ginecología, Neumología, Cirugía B, Medicina Tropical, Sala de partos, Pediatría, Nutrición, odontología, laboratorio Clínico, Hemodialisis, Oncología
5	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos en pacientes en el uso de casaca estériles y antisépticos. Porcentaje de cumplimiento de las normas de HIA	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de uso adecuado de antisépticos y casaca estériles / Total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo 80 – 100% valor aceptable 65-79% valor crítico < 65	U.C. adultos, Medicina A, Medicina B, Cirugía A, Cirugía B, Tropicales, Emergencia adultos Medicina, Cirugía, Traumatología, Gineco Obstetricia, Sala de partos, Atención inmediata del neonato



INDICADOR	DESCRIPCION	DOMINIO	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE DATOS	UMBRAL	AREAS DE APLICACION
6	Porcentaje de cumplimiento de las medidas controladas	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos al paciente por uso de mascarilla durante el procedimiento.	N. de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de las medidas controladas en procedimientos con mascarilla durante el procedimiento / Total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor mínimo: 80 - 100% valor aceptable: 65-75% valor crítico: < 65	Medicina A y Medicina B
7	Porcentaje de cumplimiento de las medidas controladas	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos al paciente por uso de mascarilla y ventilación mecánica.	N. de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de las medidas controladas en procedimientos con mascarilla y ventilación mecánica / Total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor mínimo: 80 - 100% valor aceptable: 65-75% valor crítico: < 65	Cuidados intensivos adultos y neonatales, Hemodinámica
8	Porcentaje de cumplimiento de las medidas controladas	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos al paciente por uso de ventilación mecánica.	N. de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de las medidas controladas en procedimientos con ventilación mecánica / Total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor mínimo: 80 - 100% valor aceptable: 65-75% valor crítico: < 65	Cuidados intensivos adultos y neonatales
9	Porcentaje de cumplimiento de la Práctica	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos al paciente, en el momento de la cirugía	N. de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de las medidas controladas de prevención de transmisión de agentes infecciosos al paciente / Total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor mínimo: 80 - 100% valor aceptable: 65-75% valor crítico: < 65	Cirugía general
10	Porcentaje de cumplimiento de las medidas controladas	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos al paciente por uso de mascarilla y ventilación mecánica.	N. de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de las medidas controladas en procedimientos con mascarilla y ventilación mecánica / Total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor mínimo: 80 - 100% valor aceptable: 65-75% valor crítico: < 65	Cirugía de especialización, UCI



INDICADOR	DESCRIPCIÓN	DOMINIO	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE DATOS	UNIDAD	ÁREAS DE APLICACIÓN
11	<p>Porcentaje de cumplimiento de Medidas</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de la y/o resistencia microbiana según norma</p> <p>Uso racional de antimicrobianos</p>	<p>Proceso</p> <p>Proceso</p>	<p>Nº de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de la norma en un período de análisis / Total de fichas aplicadas</p> <p>Nº de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de la norma en un período de análisis / Total de fichas aplicadas</p>	<p>Lista de chequeos</p> <p>Lista de chequeos</p>	<p>valor <math>0\% - 100\%</math> valor aceptable <math>65-75\%</math> valor crítico <math>< 65</math></p> <p>valor <math>0\% - 100\%</math> valor aceptable <math>65-75\%</math> valor crítico <math>< 65</math></p>	<p>Diagnóstico, SPT, Bacteriología, UCI, Pediatría, UCI Neonatal, Hemodinámica, Neurología</p> <p>Medicina, Urología, Traumatología, Ginecología, Tiroideas, UCI Adultos, UCI Neonatal, UCI Pediatría, Emergencia adosada</p>
13	<p>Porcentaje de cumplimiento de la norma</p> <p>Limpieza y desinfección unidad del paciente</p>	<p>Proceso</p>	<p>Nº de fichas aplicadas con 100% cumplimiento en limpieza y desinfección de la unidad del paciente / Nº fichas aplicadas</p>	<p>Lista de chequeos</p>	<p>valor <math>0\% - 100\%</math> valor aceptable <math>65-75\%</math> valor crítico <math>< 65</math></p>	<p>UCI Adultos, UCI Neonatal, UCI Pediatría, aislamiento placa, Hemodinámica</p>
14	<p>Porcentaje de cumplimiento de la norma</p> <p>Limpieza y desinfección del medio ambiente del paciente</p>	<p>Proceso</p>	<p>Nº de fichas aplicadas con 100% cumplimiento en limpieza y desinfección del medio ambiente del paciente / Nº fichas aplicadas</p>	<p>Lista de chequeos</p>	<p>valor <math>0\% - 100\%</math> valor aceptable <math>65-75\%</math> valor crítico <math>< 65</math></p>	<p>UCI Adultos, UCI Neonatal, UCI Pediatría, aislamiento placa, Hemodinámica</p>



10. CRONOGRAMA HCH AÑO 2018-2019

PROCEDIMIENTO	SERVICIOS	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	EQUIPO DE SUPERVISORES
Higiene de manos	Traumatología, Emergencia adultos, Ginecología, Neurología, Cirugía B, Medicina Tropical, Sala de partos, Pediatría I, Nutrición, odontología, Laboratorio Clínico, Hemodialisis, Oncología				X	X						X		Elia Cornelio, Gloria Cisneros, Lili Soriano, Maritza Suarez, Enrique Cueva, Victor Herrera, Leslie Soto, Coralith Garcia, Edwin Ayala, Eleana Medina
Aislamiento de pacientes según vía de transmisión	UCI adultos, Medicina A, Medicina B, Cirugía A, Cirugía B, Tropicales, Emergencia adultos			X			X		X		X		X	Amelia Faustino, Elsa Chura, Isabel Malca, Lourdes Diaz, Eleana Medina, Gloria Cisneros
Antisépticos y desinfectantes	Medicina, Cirugía, Traumatología, Gineco Obstetricia, Sala de partos, Atención inmediata del neonato					X			X			X		Amelia Faustino, Elsa Chura, Isabel Malca, Lourdes Diaz, Gloria Cisneros, Lili Soriano, Eleana Medina
Paquete de medidas comprobadas para la prevención de ITU x CUIP	Medicina, Cirugía.		X				X		X				X	Lili Soriano, Gloria Cisneros, Leslie Soto, Victor Herrera
Paquete de medidas comprobadas para la prevención de ITS x CVC	UCI Neonatal, UCI adultos			X			X		X			X	X	Lili Soriano, Gloria Cisneros, Leslie Soto, Victor Herrera
Paquete de medidas comprobadas para la prevención de NAV x VM	UCI Neonatal, UCI adultos			X			X		X			X	X	Lili Soriano, Gloria Cisneros, Leslie Soto, Victor Herrera

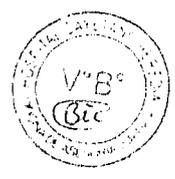
[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

PROCEDIMIENTO	SERVICIOS	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	EQUIPO DE SUPERVISORES
Profilaxis en pacientes cesareadas	Ginecología					X	X	X	X	X	X	X	X	Lili Soriano, Gloria Cisneros, Leslie Soto, Victor Herrera
Proceso de esterilización	Central de esterilización, Lavandería					X	X	X	X	X	X	X	X	Elsa Chura, Ela Vitor, Gloria Cisneros, Lili Soriano, Maritza Moises, Amelia Faustino
Desinfección de alto nivel	Oncología, SOP, Gastroenterología, UCI adultos, UCI Neonatal, Hemodialisis, Neumología					X	X	X	X	X	X	X	X	Elsa Chura, Ela Vitor, Gloria Cisneros, Lili Soriano, Maritza Moises, Amelia Faustino
Uso racional de antimicrobianos	Medicina, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Tropicales, UCI adultos, UCI Neonatal, UCI Pediátrica, Emergencia adultos					X	X	X	X	X	X	X	X	Corallith Garcia, Enrique Cueva, Victor Herrera, Ela Vitor, Isabel Malca, Maritza Suarez, Edwin Ayala, Eleana Medina
Limpieza y desinfección de Unidad del paciente	UCI adultos, UCI Neonatal, UCI Pediátrica, aislamiento pisos, Hemodialisis					X	X	X	X	X	X	X	X	Gloria Cisneros, Lili Soriano, Elsa Chura, Amelia Faustino, Lourdes Diaz, Ela Vitor
Limpieza y desinfección de ambientes físicos	UCI adultos, UCI Neonatal, UCI Pediátrica, aislamiento pisos, Hemodialisis.					X	X	X	X	X	X	X	X	Gloria Cisneros, Lili Soriano, Elsa Chura, Amelia Faustino, Lourdes Diaz, Ela Vitor

Handwritten signature



RESULTADOS FINALES SUPERVISION 2018

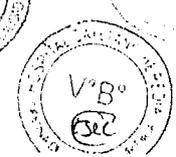
SERVICIO	INDICADOR	Urología	Medicina	Gineco obstetricia	sala de partos	Pediatría	UCI adultos	UCI Neonata	UCI Pediatría	Traumatología	Medicina Tropical	Neumología	Emergencia adultos	Emergencia pediatría	Sala de operaciones central	CETO	SOP G.O	Central de esterilización	Lavandería	Odontología	Gastroenterología	Hemodialisis	Oncología	Laboratorio	Patología	
	Porcentaje de adherencia de HMI																									
	Porcentaje de cumplimiento en supervisión de HMI																									
	Porcentaje de cumplimiento de Normas de esterilización																									
	Porcentaje de cumplimiento de Normas de desinfección de alto nivel																									
	Porcentaje de cumplimiento en el uso racional de antimicrobianos																									
	Porcentaje de cumplimiento de paquete de prevención neumonía x ventilación mecánica																									



Handwritten signature or initials.

RESULTADOS FINALES SUPERVISION 2018

SERVICIO	INDICADOR	Crugía	Medicina	Ginec obstetricia	sala de partos	Pediatría	UCI adultos	UCI Neonatal	UCI Pediatría	Traumatología	Medicina Tropical	Neurología	Emergencia adultos	Emergencia pediátrica	Sala de operaciones central	CETO	SOP G.O	Central de esterilización	Lavandería	Dentología	Gastroenterología	Hematología	Oncología	Laboratorio	Patología	
	Porcentaje de cumplimiento de paquete de prevención infección al torrente sanguíneo por catéter venoso central																									
	Porcentaje de cumplimiento de profilaxis en cesáreas.																									
	Porcentaje de cumplimiento en medidas de aislamiento según vías de transmisión																									
	Porcentaje de cumplimiento de limpieza hospitalaria con calidad																									
	PUNTAJE																									
	VALORES SEGÚN ESCALA																									
	valor óptimo: 80 - 100%																									
	valor aceptable 60-79%																									
	valor crítico < 59																									

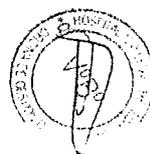
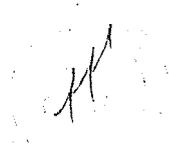


1. Los resultados serán trabajados en base de datos del SPSS vs. 21 y se presentaran en tablas y gráficos expresados en porcentajes de cumplimientos según sea la práctica observada.
2. Los servicios serán evaluados según los logros obtenidos de semestre a semestre o según sea la periodicidad de supervisión establecida al indicador determinado para el servicio.
3. El análisis y los informes finales se socializarán con los profesionales y jefaturas de cada servicio.
4. El informe se entregara a la Dirección General y al Comité de IHH semestralmente en los meses de Julio y diciembre y cada vez que amerite una intervención inmediata de la práctica asistencial, según lo señale la supervisión en proceso.



BIBLIOGRAFIA

1. Manual de Precauciones Estándar y Aislamiento, HOSLA 2013.
2. Manual de Técnica Aséptica. HOSLA 2012.
3. Manual de aislamiento hospitalario, Ministerio de Salud, Proyecto VIGIA, año 2003
4. Manual de Prevención de Infecciones Asociadas a Procedimientos Invasivos. HOSLA 2012
5. Norma Técnica N° 124 de los programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) MINSAL Chile, 2011
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. CDC, (2002). "Guideline for hand in Health-Care Setting". Vol 51.N°16.
10. Normas de antisépticos y desinfectantes, Hospital Van Buren Valparaíso, 1993.
11. La garantía de calidad. el control de las I.I.H. Guía APIC, OPS. 1993
12. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica Evidencia 2006; Complejo Hospitalario de Jaén
13. Dirección de Enfermería de Pablo Casas M, Penas Ríos JL : Guía para la prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con catéteres intravenosos. [en línea] [fecha de consulta]. Disponible en www.meiga.info/guías/Cateteres.asp



ANEXOS

Pautas de supervisión de prácticas asistenciales para la prevención y el control de las IAAS

FICHA N° 1: OBSERVACION DE LOS MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS

Centro:		Número de periodo*:		Número de sesión*:	
Servicio:		Fecha: (dd/mm/aa)		Observador: (iniciales)	
Departamento:		Hora de inicio/fin: (hh:mm)		N° de página:	
País:		Duración sesión: (mm)		Ciudad**:	

Cat. prof N°	Indicación	Acción de HW	Cat. prof N°	Indicación	Acción de HW	Cat. prof N°	Indicación	Acción de HW	Cat. prof N°	Indicación	Acción de HW
1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes

[Handwritten signature]



FICHA N° 2

LISTA DE VERIFICACION DE LA TECNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABON

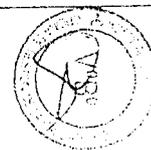
Servicio: _____ Código: _____ Profesión _____

Sexo: _____ Edad: _____ Años de servicio: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Turno: _____

N° Camas _____ N° Pacientes _____

	ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
	Se moja las manos con agua corriente.			
1	Se aplica jabón para cubrir la superficie de la mano.			
2	Se frota las palmas con palma			
3	Se frota la palma con dorso y viceversa			
4	Frotacion de interdigitales			
5	Se frota las palmas de las manos con los dedos entrelazados.			
6	Se frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, rotándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.			
7	Se frota la punta de los dedos de la mano contra la palma de la haciendo un movimiento de rotación y viceversa.			
8	Se enjuaga las manos con agua.			
9	Se Seca con una toalla descartable.			
10	Utiliza el papel toalla para cerrar el grifo.			
Duracion		40-60 Seg		
TOTAL				%



FICHA N° 4

SUPERVISION DE HIGIENE DE MANOS EN SERVICIOS HOSPITALARIOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

EQUIPO SUPERVISOR:

				SERVICIOS SUPERVISADOS				
N°	ASPECTO A SUPERVISAR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA					
1	Calificación de la observación de los cinco momentos de la Higiene de manos	Observación 1 medico, 1 enfermera, 1 tec de enfermería	medico					
			enfermera					
			tec. enfermería					
			total					
2	Calificación de la observación de la técnica de Higiene de manos	Observación 1 medico, 1 enfermera, 1 tec de enfermería	medico					
			enfermera					
			tec. enfermería					
			total					
3	Calificación promedio en el test de conocimientos sobre higiene de manos	Test de conocimientos de la higiene de manos en todos los grupos ocupacionales	medico					
			enfermera					
			tec. enfermería					
			total					
4	Calificación de la disponibilidad de insumos y materiales para la higiene de manos	Observación de total de ambientes cuentan con dispensadores operativos (funcionan y tienen alcohol gel), jabon, papel toallaj para la higiene de manos.	>71% =3					
			entre 40-79%=2					
			entre 10-39%=1					
			total					
TOTAL GENERAL								

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



FICHA N° 5

PAUTA DE SUPERVISIÓN DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO SEGÚN VÍA DE TRANSMISIÓN AEREA

AISLAMIENTO POR VIA DE TRANSMISION AEREA

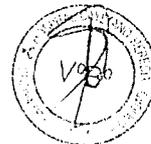
SERVICIO: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____ CABA: _____				
CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. El paciente tiene habitación individual o se encuentra en cohorte.				
2. Se implemento el acceso restringido.				
3. El trabajador hace uso de mascarilla N95 al entrar a la habitación.				
4. El paciente usa mascarilla quirúrgica.				
5. El trabajador realiza la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y la unidad.				
6. La desinfección ambiental se realiza con alcohol 70% o solución de cloro 0,5%.				
7. SE desinfectar material de uso compartido, cada vez que se utiliza.				
8. Existe señalización visible de "Precaución por Via Aérea"				
TOTAL PUNTAJE				
% CUMPLIMIENTO = $\frac{x}{8} \times 100\%$				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				

[Handwritten signature]



FICHA N° 9

AISLAMIENTO POR VIA DE TRASMISION POR GOTITAS				
SERVICIO.....				
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE...				
CAMA				
CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. El paciente tiene habitación individual o cohorte con distancia entre las camas mayores a 1 m.				
2. Los trabajadores realizan la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y después de tener contacto con la unidad				
3. Los trabajadores hacen uso de mascarilla quirúrgica (si se va a estar a menos de un metro del paciente)				
4. Los trabajadores hacen uso de gafas (si se va a estar expuesto a salpicaduras de secreciones).				
5. Se realiza la desinfección de superficies con alcohol 70% o solución de cloro 0,5%				
6. Se realiza la desinfección del material de uso compartido, cada vez que se utilice				
7. Existe señalización visible de "Precaución por Gotitas"				
TOTAL				
% CUMPLIMIENTO 7 =100%				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				



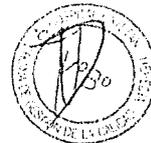
FICHA N° 10

AISLAMIENTO POR VIA DE TRANSMISION POR CONTACTO.

SERVICIO:
 NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE:
 CABA:

CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. El paciente cuenta con habitación en cohorte o sala con distancia entre las camas mayores a 1 m.				
2. El trabajador realiza la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y la unidad.				
3. El trabajador usa de delantal en caso de exposición a salpicaduras y al atender pacientes colonizados con MCMR.				
4. El trabajador realiza uso guantes: 1. Al manipular fluidos altamente contaminados. 2. Al atender pacientes colonizados o infectados con MCMR. 3. Cuando el personal tenga erosiones en las manos. 4. El trabajador realiza higiene de manos después de retirar guantes.				
5. Se realiza la desinfección de superficies con alcohol 70% concentración de alcohol 0.5%				
6. Se desinfecta el material de uso compartido, cada vez que se utiliza.				
8. Se implementa la señalética que indique "PRECAUCIONES POR CONTACTO"				
TOTAL				
% CUMPLIMIENTO 8: 100%				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				

[Handwritten signature]



FICHA N° 10

LISTA DE CHEQUEO A PACIENTES AISLADOS POR ENTEROBACTERIAS MULTIRESISTENTES

ACTIVIDAD	TAREA	si	no
UBICACIÓN DEL PACIENTE	Instalar al paciente en una habitación individual con baño.		
	Si no se dispone de habitación individual, hacer un aislamiento de cohortes. Instalar al paciente en una habitación compartida con otro paciente colonizado por el mismo microorganismo.		
	Si no se dispone de habitación individual ni es posible hacer un aislamiento de cohortes, valorar para situar al paciente en una habitación compartida, separando con una barrera física la cama del paciente y manteniendo un espacio de al menos 1 metro con otros pacientes o visitantes.		
EQUIPO DE PROTECCION	Ponerse siempre los guantes antes de entrar en la habitación del paciente si se va a realizar un contacto con el paciente o con superficies con las que ha podido contactar el paciente.		
	Ponerse una bata de manga larga si se prevé que los antebrazos o la ropa van a estar en contacto directo con el paciente o con las superficies u objetos del medio que rodea al paciente.		
	Realizar la Higiene de manos con alcohol gel en los cinco momentos		
ROTULOS, SUMINISTROS Y EQUIPOS	Colocar un cartel que indique "Precauciones de contacto" en la puerta de la habitación del		
	Dedicar el equipo de cuidados no críticos para uso exclusivo del paciente (termómetro, tensiometro, estetoscopio) Los aparatos electrónicos y otros efectos personales (chapas, urinarios etc) no deben compartirse entre pacientes.		
	Asegurarse de que las soluciones alcohólicas, soluciones antisépticas y el jabón están disponibles y en cantidad suficiente dentro de la habitación del paciente.		
	Asegurarse de que los suministros de EPP (guantes, batas, mascarillas) están disponibles y en cantidad suficiente		
LIMPIEZA, DESINFECCION Y RESIDUOS SOLIDOS	Material de limpieza de la unidad y del medio ambiente del paciente exclusivo para su atención.		
	Asegurarse de la limpieza de la unidad del paciente (cama, velador, coche, equipos medicos, etc.) se limpie y desinfe sea cada 12 horas		
	Asegurarse se realice la limpieza y desinfeccion concurrente cada 12 horas		
	Asegurarse se realice la limpieza terminal de la unidad y del medio ambiente del paciente		
	Asegurarse de la disponibilidad de un contenedor de residuos solidos biocontaminados y un tacho con bolsa roja, para la ropa en la habitación del paciente, detrás de la puerta.		
FORMACION DEL PACIENTE Y VISITANTES	Explicar detalladamente al paciente y a sus visitantes, que el paciente está en precauciones de		
	Instruir al paciente sobre cómo y cuándo debe realizar la higiene de manos.		
	Instruir a los visitantes sobre cómo y cuándo realizar la higiene de manos y cómo ponerse o quitarse el EPP.		
	Reducir al mínimo las visitas.		
DIAGNOSTICO	Cuenta con muestra para cultivo de heces semanal?		



FICHA N° 11

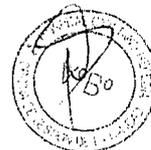
PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CESAREAS

SERVICIO.....

NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE.....

CABA.....

CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. La administración de profilaxis esta registrada en la historia clinica				
2. El antimicrobiano administrado corresponde a la norma del servicio				
3. La dosis administrada corresponde a la norma del servicio				
4. La via administrada corresponde a la norma del servicio				
5. La hora administrada va de acuerdo a la norma del servicio				
TOTAL				
Porcentaje cumplimiento 5=100%				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				



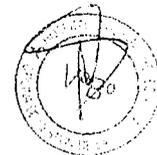
FICHA N° 12

USO DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento del Uso de antisépticos y desinfectantes
 SERVICIO:

CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
CAPACITACION				
1. Se elaboro reuniones de capacitacion para el personal en el uso de desinfectantes?				
2. ¿Existen registros de capacitación del personal del área en uso de desinfectantes?				
MANEJO EN SERVICIOS				
3. El recipiente del desinfectante conserva su rótulo de identificación.				
4. El rótulo contiene la fecha y hora de preparación				
5. Se encuentra vigente según fecha de vencimiento				
6. Los embases en uso estan tapados				
7. Los embases se encuentran limpios				
8. Utiliza elementos de protección personal para el manejo del producto				
9. Se atienden las quejas de reacciones adversas del personal, frente al manejo de los desinfectantes.				
ALMACENAMIENTO				
10. ¿La temperatura del sitio de almacenamiento es la recomendada por el fabricante? (Verifique en la etiqueta del desinfectante)				
11. El área se encuentra iluminada?				
12. Los desinfectantes se encuentran ubicados en anaqueles, estantes o su equivalente				
13. El área donde se prepara y usa el desinfectante se encuentra en buenas condiciones de ventilación				
desinfectante conserva su etiqueta o rotulo de identificación				
15. El envase del desinfectante conserva su etiqueta de identificación				
16. Fecha de activación o preparación del desinfectante está registrada				
17. La fecha de activación o preparación del desinfectante esta vigente				
18. Los envases están cerrados herméticamente				
TOTAL				
% DE CUMPLIMIENTO 18= 100%				
Observaciones				
Nombre de supervisores				

Handwritten signature

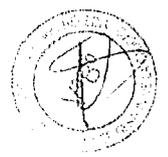


FICHA N° 15

INSTRUMENTO DE SUPERVISION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS NEUMONIAS EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO		APELIDOS DEL PACIENTE		CAMA		FECHA DE SUPERVISION	
N°	ASPECTO A SUPERVISAR						
1	Posición semi incorporada de la cabecera de la cama (30-45°)						
	Evaluación del destete del ventilador mecánico						
2	Lavado de manos antes y después de manipular la vía aérea o los circuitos respiratorios; utilizando solución alcohólica o jabonosa.						
3	Técnica de aspiración de secreciones y manejo de fluido contaminado						
4	Higiene oral con clorhexidina por turno: se utiliza clorhexidina 0,12%						
5	Monitorización de la presión del globo de neumotaponamiento. Se considera presión opóima 20-30cm H ₂ O.						
6	Aspiración subglótica continua. Por turno.						
Puntuación obtenida							
% de cumplimiento							

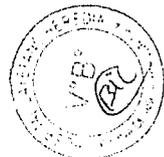
observaciones							
Nombre del Supervisor:							



FICHA N° 17

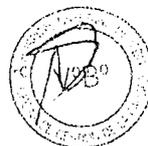
SUPERVISIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO EN PACIENTES CON CATÉTER VENOSO CENTRAL - HCH

SERVICIO	FECHA DE SUPERVISIÓN	APellidos del Paciente	CAMA	N°	ASPECTO A SUPERVISAR	observaciones
				1	Existe evidencia de higiene de manos antes y después de la inserción del CVC?	
				2	Existe evidencia de uso de medidas de protección en la inserción del CVC?	
				3	Vena utilizada es la subclavia?	Revisar las listas de chequeo y observar a los pacientes posoperatorios de CVC en el momento en cada servicio
				4	Existe evidencia de evaluación de riesgo del CVC en forma diaria?	
				5	Se realiza la higiene de manos antes de manipular catéteres y luego de contacto con secreciones provenientes del catéter?	
				6	Se limpia el punto de inyección con alcohol al 70% antes de acceder al sistema?	
				7	Se cambian los equipos, alargaderas y conectores sin aguja con una frecuencia no superior a 72 horas	
PUNTAJUEGOS OBTENIDA						
% DE CUMPLIMIENTO						6=100%
observaciones						
Nombre del Supervisor:						



FICHA N° 18

SUPERVISION DE DESINFECCION DE ALTO NIVEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA					
SERVICIO SUPERVISADO:					
N°	ASPECTO A SUPERVISAR	FUENTE DE VERIFICACION	fechas		
1	Cuentan con norma actualizada de desinfeccion de alto nivel (DAN) y se encuentra accesible al trabajador	Documentaria			
2	Existe evidencia de la capacitacion al personal que realiza la desinfeccion de alto nivel	Documentaria			
3	Hace uso de Equipos de proteccion personal (EPP): guantes, madilon, lentes protectores, mascarillas).	Observar un procedimiento de limpieza y desinfeccion de alto nivel por servicio			
4	Aspira el endoscopio				
5	Realiza el lavado por arrastre				
6	Se sumerge en detergente enzimatico y lo introduce por todos los canales.				
7	Sumerge el equipo en el desinfectante haciendolo pasar por todos los canales				
8	Mantiene sumergido el endoscopio por 15 minutos y lo controla con cronometro				
9	Enjuaga con abundante agua destilada esteril por todos los canales				
10	Utiliza contenedores esteriles de uso exclusivo para enjuagar				
11	El desinfectante activado tiene fecha de vencimiento				
% DE CUMPLIMIENTO 11=100%					
CALIFICACION CUALITATIVA					
observaciones					
Nombre del Supervisor:					



Handwritten signature or initials.

FICHAN° 19

SUPERVISION DEL USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN SERVICIOS HOSPITALARIOS -
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

EQUIPO SUPERVISOR:

N°	ASPECTO A SUPERVISAR	FUENTE DE VERIFICACION	SERVICIOS SUPERVISADOS	
			FECHA	
1	Entre un procedimiento de uso racional de antimicrobianos y esta accesible en el servicio	Revisión documental		0
2	Personal fue entrenado en uso de antimicrobianos de uso restringido en los últimos 2 años	Entrevista		0
3	Conocen el flujo gram de autorización para uso de antimicrobianos de uso restringido	Entrevista		0
4	Las indicaciones de antimicrobianos de uso restringidos fueron autorizadas	revisión documental (recetas en farmacia)		0
5	Las indicaciones de antimicrobianos de uso restringidos fueron supervisados luego de la autorización	revisión documental (historia clínica)		0
TOTAL GENERAL			0	0
obser vaciones				



FICHA N° 20

ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS		SITUACIÓN			
		Si cumple	Parcialmente cumple	No cumple	No aplica
ALMACENAMIENTO INTERMEDIO					
1. Acondicionamiento					
1.1. El almacenamiento intermedio cuenta con la infraestructura indicada de acuerdo a la legislación vigente: (paredes y piso lavable, drenaje, puerta, iluminación, etc).					
1.2. Cuenta con contenedores adecuados y cantidad necesaria para almacenar los residuos generados en los servicios.					
1.3. Los contenedores cuentan con bolsas adecuadas según el residuo (rojo, amarillo o negro) y bien colocadas.					
1.4. Los contenedores cuentan con el rotulo adecuado de acuerdo al tipo de residuo.					
1.5. El almacenamiento intermedio y los contenedores estan higienizados y no emiten olores.					
1.6. El almacenamiento intermedio cuenta con ficha de control de higiene y recojo.					
2. Transporte y Recolección Interna					
2.1 El evacuador recoge los residuos de acuerdo al cronograma de recojo el cual no debe pasar los 3/4 de su capacidad.					
2.2 El evacuador tiene y hace uso del EPP respectivo: Ropa de trabajo, guantes, mascarilla de tela y calzado antideslizante.					
2.3 Las bolsas cerradas se sujetan por la parte superior y se mantienen alejadas del cuerpo durante su traslado, sin arrastrarlas por el suelo.					
2.4 El transporte de los residuos se realiza por las rutas y horarios establecidos.					
2.5 Los residuos de alimentos se trasladan directamente al almacenamiento final según sus rutas y el horario establecido SIN DESTINARLO para otros usos.					
2.6 El uso de los ascensores, el uso de estos es exclusivo durante el traslado de los residuos de acuerdo al horario establecido y son desinfectados después de su uso.					
2.7. El evacuador realiza el llenado de la ficha después de la higienización y el recojo de los residuos.					
OBSERVACIONES:					
Realizado por:		Firma:			



[Handwritten signature]



FICHA N° 21

HOSPITAL Cayetano Heredia		HOSPITAL CAYETANO HEREDIA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL			
LISTA N°3 DE VERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA					
SERVICIO:		FECHA:/...../.....			
PUNTAJE: SI=1 punto; No=0 punto; Parcial=0.5 punto; NA X					
ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	SITUACIÓN				
	Si cumple	Parcialment e cumple	No cumple	No aplica	
ALMACENAMIENTO CENTRAL					
1. Acondicionamiento					
1.1. El patio de maniobras para el manejo final de RSH se muestra libre de objetos y elementos extraños al uso					
1.2. Se cuenta con almacenamiento y contenedores para cada tipo de residuos debidamente señalizados.					
1.3. Se cuenta con balanza adecuada y con batería carga.					
1.4. Se cuenta en el almacenamiento central con materiales e insumos para la correcta higienización.					
1.5. Los almacenamientos cuentan con registro de pesaje					
2. Manejo					
2.1. Todos los residuos biocontaminados, especiales y comunes son pesados					
2.2. Los pesos son registrados de acuerdo al tipo de residuo.					
2.3. Los residuos son acondicionados en los almacenamientos y contenedores adecuados de acuerdo al tipo de residuos.					
2.4. Los RSH permanecen en el almacén final por un periodo de tiempo no mayor de 24 horas, luego de la evacuación de residuos se limpia y desinfecta el almacén.					
TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS					
3.1. El servicio tiene procedimiento de tratamiento con especificaciones del proveedor.					
El servicio cuenta con procedimiento.					
3.2. El personal sigue con el procedimiento, verifican que se mantengan los parámetros de tratamiento (T°, humedad, volumen de llenado, tiempo de tratamiento, etc.) en los					
3.3. Los trabajadores que realizan el tratamiento de los residuos, tienen las competencias técnicas para realizar este					
3.4. El personal hace uso de sus PFP: ropa de trabajo, guantes, zapatos de seguridad, respiradores.					
3.5. El área cuenta con señalización de seguridad.					
3.6. Los residuos son transportados directamente y					
RECOLECCIÓN EXTERNA					
4.1. El personal tiene y hace uso de sus EPP: Guantes de PVC, botas de seguridad, mandilón, respirador con cartuchos de carbon activado, tentes de seguridad, etc.					
4.2. Los residuos se pesan evitando derrames, contaminación, como el contacto de las bolsas con el cuerpo del operario.					
OBSERVACIONES:					
Recopilado por:		Firma:			

