

Nº 0077-DE-HONADOMANI-SB/
2013

Resolución Directoral

Lima 22 de Marzo de 2013



Visto, el expediente N° 02840-13; y

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar, individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; asimismo, el Estado promueve las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, mediante Resolución Directoral N° 0093-DG-HONADOMANI-SB-2010, de fecha 12 de mayo de 2010, se aprobó la Directiva Sanitaria para la Aplicación de la Endocirugía Pediátrica y Neonatal, correspondiendo al Departamento de Cirugía Pediátrica su actualización;

Que, mediante Nota Informativa N° 041 2013-DCP-HONADOMANI-SB, el Jefe del Departamento de Cirugía Pediátrica, remite al Director General la modificación de la "Directiva Sanitaria para la Aplicación de la Endocirugía Pediátrica y Neonatal", aprobada mediante Resolución Directoral N° 0093-DG-HONADOMANI-SB-2010, señalando haber recibido sugerencias de los médicos asistentes del Departamento de Cirugía Pediátrica y principalmente de las Jefaturas de los Departamentos de Anestesiología y Centro Quirúrgico, Ginecología, Cirugía Pediátrica, Jefa de Enfermería y representante de la Oficina de Gestión de la Calidad, para las modificaciones y mejoras de la Directiva vigente, específicamente en el horario, número de Cirujanos y del tiempo de conversión, con la finalidad de promover una mejor oferta de esta técnica quirúrgica de abordaje; solicitando la aprobación correspondiente;

Que, mediante Informe N° 011 – J-OGC-2013-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad pone de manifiesto del Sub Director General, que de la revisión de la modificación de la "Directiva Sanitaria para la Aplicación de la Endocirugía Pediátrica y Neonatal", se aprecia que respeta la estructura de la norma para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 526-2011, la cual prevé una estructura para las Directivas; asimismo, incorpora aspectos de la seguridad de la atención, tales como: el uso del consentimiento informado, el uso de la lista de chequeo de cirugía segura, uso de guía de procedimiento asistencial endoquirúrgico, prevé la participación de tutores, determina un flujo de información para generar un indicador de calidad (tasa de suspensión de cirugías) y reporte de eventos adversos. En consecuencia, la Oficina de Gestión de la Calidad no tiene observaciones a la propuesta técnica: "Directiva Sanitaria para la Aplicación de la Endocirugía Pediátrica y Neonatal" y recomienda su oficialización;

Que, mediante Oficio N° 057 SDG-HONADOMANI-SB-2013, el Sub Director General hace de conocimiento de la Dirección General, su opinión favorable para atender el requerimiento del Departamento de Cirugía y se apruebe la modificación de la "Directiva Sanitaria para la Aplicación de la Endocirugía Pediátrica y Neonatal";

Con las visaciones de la Sub Dirección General y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; y

En uso de las atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 436-2011/MINSA y de la Resolución

**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
“SAN BARTOLOMÉ”**

**DIRECTIVA SANITARIA PARA LA APLICACIÓN DE LA
ENDOCIRUGIA PEDIATRICA Y NEONATAL**

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Lima - Perú

2013

MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI
MINISTRO DE SALUD

Dr. JULIO CANO CÁRDENAS
Director General del HONADOMANI "San Bartolomé"

Dr. AUGUSTO AMORÓS CORTES
Sub Director General del HONADOMANI "San Bartolomé"

Dr. HUGO DELGADO BARTRA
Jefe del Departamento de Cirugía Pediátrica

Asesoría
MG. ANA CARBAJAL CARBAJAL
Responsable Evaluación de la Calidad



H. DELGADO B.

MEDICOS ASISTENTES DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PEDIATRICA

DR. NAMUCHE PIZARRO, HIPOLITO
DR. BORJA MOSQUEIRA, MANUEL
DR. DOMINGUEZ GARCES, DANNY
DR. CASTILLO VENTURA, MIGUEL
DR. REQUE GARCIA, ARMANDO
DR. SEGURA CALLE, CARLOS
DRA. ARANDA ALBERTO, MERY
DRA. ARAUCO CONDE, JENNY
DRA. VIVANCO RAMOS, MILUSKA
DR. TORRES MIRANDA, CESAR
DR. ZAPATA CHERO, GERARDO
DR. LANDEO ALIAGA, VICTOR
DR. GALVEZ SALAZAR, DAVID
DRA. HUIVIN GAMARRA, ZAAVINCY
DRA. AROSTEGUI SANCHEZ, ROSALUZ
DRA. AGURTO ZAPATA, WINI
DRA. SOBREVILLA JAUREGUI, ILIANA
DR. SALAZAR REYNA, FERNANDO



DIRECTIVA SANITARIA PARA LA APLICACIÓN DE LA ENDOCIRUGIA PEDIATRICA Y NEONATAL

INTRODUCCION

La Endocirugía también denominada cirugía de mínimo abordaje, o cirugía mínimamente invasiva, se define como el conjunto de técnicas terapéuticas y diagnósticas que por visión directa o endoscópica u otras técnicas de imagen, utiliza vías naturales o de mínimo abordaje para introducir herramientas biomédicas y actuar técnicamente en diferentes partes del cuerpo humano. La técnica quirúrgica necesaria no ha de variar por el cambio de abordaje.

La endoscopia es el examen visual de una cavidad orgánica, intra o extraluminal, por medio de un endoscopio. La endocirugía es la realización de maniobras terapéuticas bajo visión endoscópica, utilizando instrumentos apropiados para la exploración diagnóstica y la realización de intervenciones quirúrgicas operables por este medio, a través de incisiones mínimas, video asistidas o puramente endoscópicas por medio de trocares.

La práctica de la endocirugía, presenta una serie de ventajas desde el punto de vista general relacionadas con la técnica y aplicadas a cualquier procedimiento, en general todos los procedimientos se encuentran apoyados en la disminución de la morbilidad postoperatoria secundaria, y en la disminución de la respuesta fisiológica a la agresión quirúrgica.

Naturalmente debemos de ser cautos con estos nuevos procedimientos y se debe de distinguir entre lo que "se puede hacer" y lo que "se debe hacer" por este abordaje. Esta forma de operar menos agresiva que la cirugía convencional, no exonera de aplicar los principios y fundamentos de las maniobras quirúrgicas regladas.

Desde el punto de vista general se puede clasificar a la endocirugía, según el espacio anatómico donde es aplicada:

Cirugía Cavitaria

- Cirugía laparoscópica
- Cirugía toracoscópica
- Cirugía artroscópica

Cirugía Endoluminal

- Otorrinolaringoscópica
- Respiratoria
- Digestiva
- Urológica
- Ginecológica
- Angioscópica

Cirugía Intersticial

- Axilar
- Mediastinal
- Retroperitoneal
- Preperitoneal



I. FINALIDAD

La aplicación de esta normativa, tiene por finalidad la de normar el proceso de atención de los pacientes pediátricos y neonatales, sujetos a la aplicación de la endocirugía.

II. OBJETIVOS

1. Normar el proceso de atención con aplicación de endocirugía, para brindar seguridad y calidad en la atención de los pacientes en edad neonatal y pediátrica.
2. Custodiar en salvaguarda de los recursos humanos, materiales y equipos, relacionados directamente con este procedimiento quirúrgico.
3. Permitir la evaluación de los indicadores de la calidad de atención al paciente resultados para medir la cobertura de la atención y el costo beneficio.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente normativa es de aplicación precisa en los Departamentos de Cirugía Pediátrica y de Anestesiología, comprendiendo al personal médico y de enfermería de ambas unidades.

IV. BASE LEGAL

1. R.M N° 826-2005/MINSA. Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
2. Decreto legislativo N° 276. Ley de la Carrera Administrativa.
3. RD N° 066-SA-DP-HONADOMANI SB-2006 Reglamento Interno para el Personal del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

V. DISPOSICIONES GENERALES

La estandarización del presente proceso de atención quirúrgica, involucra a los usuarios externos e internos, los recursos materiales y la actividad asistencial respectivamente en cada área de atención.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

1. DE LOS PACIENTES:

1.1. INDICACIONES:

1.1.1. CIRUGIA ELECTIVA:

- 1.1.1.1. Colecistitis crónica calculosa
- 1.1.1.2. Masa apendicular resuelta
- 1.1.1.3. Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 1.1.1.4. Dolor abdominal crónico
- 1.1.1.5. Bidas y adherencias intestinales
- 1.1.1.6. Varicocele



- 1.1.1.7. Testículo intrabdominal
- 1.1.1.8. Enfermedad de Hirschsprung
- 1.1.1.9. Estenosis hipertrófica del píloro
- 1.1.1.10. Quiste de colédoco
- 1.1.1.11. Empiema tabicado.
- 1.1.1.12. Atresia de esófago.
- 1.1.1.13. Atresia intestinal.
- 1.1.1.14. Hernia diafragmática congénita
- 1.1.1.15. Hernia y eventración diafragmática, tardías.
- 1.1.1.16. Bulas pulmonares congénitas y adquiridas
- 1.1.1.17. Ductus arterioso persistente.
- 1.1.1.18. Toracoscopía y laparoscopia diagnóstica / biopsia.

1.1.2. CIRUGIA EMERGENCIA:

- 1.1.2.1. Apendicitis aguda
- 1.1.2.2. Apendicitis aguda con peritonitis localizada
- 1.1.2.3. Apendicitis aguda con peritonitis generalizada.
- 1.1.2.4. Colecistitis aguda
- 1.1.2.5. Abdomen agudo no definido.
- 1.1.2.6. Abdomen agudo obstructivo.
- 1.1.2.7. Trauma abdominal con estabilidad hemodinámica.

1.2. CONDICIONES:

1.2.1. Estabilidad hemodinámica

El paciente debe mantener una presión arterial estable acorde al rango fisiológico para su edad, determinado mediante monitorización. Solo en casos en que la endocirugía este indicada aún los riesgos inherentes, el paciente mantendrá dicha estabilidad con soporte inotrópico durante la intervención bajo el cuidado del anestesiólogo, previa evaluación y asentimiento del médico pediatra intensivista.

1.2.2. Estabilidad ventilatoria o con soporte ventilatorio

El paciente debe mantener parámetros estables de ventilación y de oxigenación, determinados mediante valoración clínica neumológica, radiológica y por examen de gases arteriales. Los pacientes con soporte ventilatorio mecánico podrán ser intervenidos solo si la endocirugía está indicada a pesar de los riesgos inherentes.

1.2.3. Estabilidad del medio interno.

El paciente deberá mantener estabilidad de la glicemia, del calcio, del sodio, del potasio y del pH, evidenciado en los respectivos controles de exámenes de laboratorio, antes de su ingreso a sala de operaciones.

1.3. REQUISITOS:

- 1.3.1. Paciente institucional con antecedente de atención en la especialidad.
- 1.3.2. Consentimiento informado firmado por representante legal y Médico Cirujano tratante.



- 1.3.3. Exámenes preoperatorio mínimos completos:
Hemograma completo, Tiempo de Coagulación y sangría, grupo sanguíneo y factor Rh. Además de las pruebas serológicas (HIV y VDRL) para cirugías electivas. Se solicitará glicemia, electrolitos séricos y gases arteriales si la condición clínica del paciente lo amerita y a solicitud pertinente del médico anesthesiologist.
- 1.3.4. Evaluación cardiológica para toda cirugía electiva, para las cirugías de emergencia deberán tener evaluación preoperatoria pediátrica.
- 1.3.5. Evaluación por neumología, neurología, endocrinología, nefrología, si el paciente es portador de alguna patología correspondiente.
- 1.3.6. Evaluación pre anestésica.
- 1.3.7. Medicamentos e insumos médicos, completos.
- 1.3.8. Ventilador mecánico disponible y reservado en UTI o UCI, para toda cirugía torácica resectiva o reparadora. Y según la condición clínica del paciente.
- 1.3.9. Realizar la Lista de Chequeo de Cirugía Segura durante el desarrollo de la intervención quirúrgica.
- 1.3.10. De realizarse grabación de la endocirugía, una copia quedará en el departamento de Anestesiología, obligatoriamente.

1.4. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- 1.4.1. Paciente con patología cardíaca.
- 1.4.2. Paciente con íleo marcado
- 1.4.3. Paciente con insuficiencia respiratoria crónica.
- 1.4.4. Paciente neonato prematuro

2. DE LOS CIRUJANOS:

2.1. EQUIPO QUIRURGICO

- 2.1.1. Estará conformado por dos o tres cirujanos: el cirujano principal, el primer ayudante y el segundo ayudante, los cirujanos ayudantes realizarán la función de guiar la cámara durante el acto quirúrgico.
- 2.1.2. El número de cirujanos estará acorde a la complejidad de la intervención quirúrgica y estará especificado en cada Guía de Procedimiento Asistencial Endoquirúrgico.
- 2.1.3. Es indispensable que para dar inicio a la intervención endoquirúrgica esté completo el equipo de cirujanos.

2.2. REQUISITOS:

2.2.1. DEL CIRUJANO PRINCIPAL:

- 2.2.1.1. Médico Cirujano Pediátrico con especialidad registrada y capacitación certificada en endocirugía.
- 2.2.1.2. Tener capacidad de resolución de la complejidad de la patología quirúrgica de acuerdo a su curva de aprendizaje.



2.2.2. DE LOS AYUDANTES:

- 2.2.2.1. Médico Cirujano con capacitación en endocirugía, programado en la intervención quirúrgica y que cuya curva de aprendizaje le permita asistir a la resolución endoquirúrgica de la patología programada. Generalmente propuesto por el cirujano principal.
- 2.2.2.2. Acorde a la complejidad de la patología a ser intervenida quirúrgicamente, puede ser programado un médico residente del servicio.

2.2.3. DEL TUTOR:

- 2.2.3.1. Es el médico cirujano experto en endocirugía, generalmente de otra institución hospitalaria, designado por la Jefatura del Departamento de Cirugía Pediátrica para realizar estas intervenciones quirúrgicas en los pacientes en que amerite su Intervención.
- 2.2.3.2. Debe de estar dentro del Grupo Médico Asesor del Departamento de Cirugía Pediátrica, acreditado mediante Curriculum Vitae simple, aprobado por la Sub Dirección General y del Comité de Endocirugía de la institución desde el momento de su conformación
- 2.2.3.3. En casos de emergencia podrá ser designado por el médico cirujano principal, con conocimiento del Jefe de Servicio respectivo y de la Jefatura de Departamento.
- 2.2.3.4. Tendrá una participación activa como primer o segundo cirujano acorde a la complejidad de la patología quirúrgica o a la curva de aprendizaje del cirujano tratante.

3. DE LOS ANESTESIOLOGOS

- 3.1. Médico Anestesiólogo (a) con especialidad registrada y/o subespecialidad en anestesiología pediátrica
- 3.2. Tener experiencia en anestesia para endocirugía.
- 3.3. Pertenecer al servicio de anestesiología pediátrica, cuando este exista.
- 3.4. Estar programado para cumplir cirugías electivas o en turno de emergencia.
- 3.5. Debe realizar la evaluación preoperatoria pertinente y anotarla en la historia clínica mediante formato específico o en los formatos de interconsulta o de evaluación clínica.
- 3.6. Es considerado médico anestesiólogo tratante, quien realiza la entubación del paciente a intervenir quirúrgicamente y es quien debe mantener el manejo anestésico integral.



4. DE LOS INSTRUMENTISTAS:

- 4.1. Licenciado (a) en Enfermería, con especialidad registrada y/o capacitación en instrumentación para cirugía mínimamente invasiva.
- 4.2. Es imprescindible su participación en una endocirugía, como parte del equipo quirúrgico.
- 4.3. Es el personal de Enfermería encargado de comprobar conjuntamente con el cirujano principal la operatividad y el de velar por el buen uso del instrumental y equipo biomédico. El cirujano verificará la operatividad del instrumental y equipo biomédico. Así mismo, el médico y el licenciado en Enfermería registraran la conformidad u observación del equipo, antes y después de la intervención quirúrgica, en el formato de chequeo intraoperatorio respectivo, obligatoriamente.
- 4.4. Es el encargado de preparar la mesa de instrumentación y de la instalación de los equipos concernientes para la intervención quirúrgica.

5. DEL EQUIPO BIOMEDICO E INSTRUMENTAL

- 5.1. La disponibilidad del equipo e instrumental, para cirugías programadas estará a cargo de la jefatura de departamento de anestesiología al momento de realizar la programación quirúrgica diaria, en coordinación con la jefatura de enfermería del centro quirúrgico.
- 5.2. En el caso de cirugías de emergencia, será el personal de enfermería del centro quirúrgico de turno quien determine la disponibilidad del equipo biomédico e instrumental, en coordinación con el médico anesthesiologo de turno.
- 5.3. Está terminantemente prohibida la salida del equipo biomédico y/o instrumental del centro quirúrgico, sin el cumplimiento estricto de las autorizaciones reglamentarias de la institución.
- 5.4. El equipo biomédico y/o instrumental para el uso en una cirugía programada tiene prioridad, sobre la cirugía de emergencia que se pretendiera realizar en turno previo a una cirugía programada. Bajo responsabilidad administrativa del cirujano. Salvo se cuente con instrumental exclusivo para uso de cirugía de emergencia.

6. DE LA TECNICA OPERATORIA:

6.1. ABORDAJE:

- 6.1.1. El cirujano tratante es quien decide el abordaje a realizar, acorde a su capacitación, experiencia y Guía de Procedimiento Asistencial vigente.

6.2. CONVERSION:

6.2.1. Por el tiempo:

- 6.2.1.1. Se considera tiempo límite máximo para conversión programada: los minutos establecidos, en la Guía de Procedimiento Asistencial Endoquirúrgico del departamento, de cada patología quirúrgica. El tiempo será contabilizado desde la colocación de la cámara en el trocar respectivo. Este tiempo límite puede ser menor y estará a consideración del cirujano principal.

- 6.2.1.2. La enfermera circulante es la encargada de contabilizar el tiempo transcurrido desde el inicio de la cirugía y de comunicar al



6.2.1.3. Al cumplirse dicho lapso, el cirujano deberá convertir la intervención quirúrgica a cirugía convencional. Lo cual no debe considerarse como evento adverso.

6.2.1.4. El cirujano que inicia la endocirugía, es quien debe de convertir al abordaje quirúrgico convencional y *concluir* la intervención quirúrgica, e informar respectivamente a los familiares del paciente.

6.2.2. Por eventualidades:

6.2.2.1. Sangrado no controlable.

6.2.2.2. Hipercapnia no manejable.

6.2.2.3. Deterioro o inoperatividad del equipo o instrumental.

6.2.2.4. Lesión incidental no controlable.

6.2.2.5. Imposibilidad de crear espacio operatorio.

6.2.2.6. Dificultades por variantes anatómicas.

7. DEL HORARIO DE LAS CIRUGIAS:

7.1. Toda intervención endoquirúrgica se realizará acorde a la disponibilidad del recurso humano profesional y la operatividad del equipo biomédico e instrumental necesario.

7.2. Las cirugías electivas, se realizarán en horario de 08:00 a 18:00 horas, acorde a la programación establecida.

7.3. Las cirugías de emergencia, podrán realizarse las 24 horas del día, acorde a la disponibilidad del recurso humano profesional y del equipo biomédico correspondiente, en coordinación con los médicos anestesiólogos y licenciadas de enfermería del centro quirúrgico.

7.4. Entiéndase que las 07 patologías quirúrgicas de emergencia abordables por mínima invasión citadas anteriormente, pueden ser resueltas por abordaje convencional.

8. SUPERVISION:

8.1. La jefatura del Departamento de Cirugía Pediátrica, informará a la Sub Dirección General, mensualmente sobre el número de cirugías realizadas mediante el método de invasión mínima y su evolución clínico quirúrgico.

8.2. Las jefaturas de los Departamentos de Anestesiología y Cirugía Pediátrica, informaran por escrito, a la Oficina de Gestión de la Calidad los motivos de suspensión o no efectivización de una endocirugía, programada electiva o solicitada por emergencia, por ser considerado un indicador de la Calidad de Atención. Así como los eventos adversos.

VII. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad de las jefaturas de los Departamentos de Cirugía Pediátrica, de Anestesiología y de Enfermería dar cumplimiento de la presente normatividad. Así mismo la aplicación periódica de los indicadores de la Calidad de Atención, e informar a la Sub Dirección General.

Cuando se constituya el Comité de Endocirugía Institucional, se encargará de normar, supervisar, evaluar los procesos y resultados de este tipo de abordaje quirúrgico. Además solicitará el adiestramiento tutorial o la supervisión tutorial, por parte del grupo de expertos oficiales de la institución, en las situaciones que considere necesario.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

El incumplimiento de la presente normatividad por parte del personal relacionado con este proceso, será loable de la aplicación de la Ley de la Carrera Administrativa. Decreto Legislativo N° 276.

Esta normatividad será actualizada y mejorada periódicamente acorde a los objetivos institucionales, mejora tecnológica y capacidad resolutive de la institución.

El deterioro de los bienes materiales deberá ser reportado a las jefaturas de los Departamentos de Cirugía Pediátrica, Anestesiología y Enfermería, para iniciar la investigación correspondiente y determinar responsabilidades administrativas.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Pediatric Minimal Access Surgery, Jacob C. Langer, Craig T. Albanese, Taylor & Francis Group, 2005
2. Berchi, Francisco J. SECLA ENDOSURGERY N°13 OCT-DIC 2005
3. Pediatric Laparoscopy, Thom E. Lobe, Landes Bioscience 2003
4. Thom E. Lobe. Current Problems in Surgery, laparoscopic Surgery in Children, vol. 35 N 10 1998
5. Thom E. Lobe. Journal of Laparoendoscopic Surgery.. Endosurgery in Children. vol 06, supp 1, 1996



H. DELGADO B.

MINISTERIO DE SALUD
HONADO MANRIQUE SAN BARTOLOMÉ
HUGO DELGADO BARTOLÓ
Cirujía Pediátrica



856

N° 0068-DE-HONADOMANI-SB/2013

Resolución Directoral

Lima, 21 de Marzo de 2013

Visto, el expediente N° 01487-13; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 9° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, aprobado por Decreto Supremo N° 184-2008-EF, establece que el Plan Anual de Contrataciones podrá ser modificado de conformidad con la asignación presupuestal o en caso de reprogramación de las metas institucionales, cuando se tenga que incluir o excluir procesos de selección, o el valor referencial difiera en más del 25% del valor estimado y ello varíe el tipo de proceso de selección;

Que, mediante Resolución Directoral N° 0007-DG-HONADOMANI-SB/2013, se aprobó el Plan Anual de Contrataciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, correspondiente al año fiscal 2013, el cual puede ser modificado a través de las Resoluciones Directorales correspondientes, por tener que incluir y excluir procesos de selección;

Que, mediante Informe N° 141-EP-OL-HONADOMANI-SB-2013, la Jefatura del Equipo de Programación de la Oficina de Logística hace de conocimiento a la Directora de la Oficina de Logística, que mediante Nota Informativa N° 104-SF-HONADOMANI-SB-13 de fecha 22 de enero de 2013, la Jefatura del Servicio de Farmacia hace de conocimiento al Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento que los Lípidos 20G/100ml SOL 500ml a la actualidad se encuentra en stock crítico, toda vez que hay un incremento del consumo del mismo y el stock con el que se cuenta no cubrirá el abastecimiento para la atención de los pacientes por más de dos meses, debido a que se programó el requerimiento dentro de la Licitación Pública N° 14-2012-HSB, y con RD N° 0337-DG-HONADOMANI-SB/2012 de fecha 29 de noviembre de 2012, se resolvió Declarar la Nulidad de Oficio del proceso, motivo por el cual solicita se gestione la compra del requerimiento de Lípidos 20G/100ml SOL 500ml, cuyas cantidades solicitadas servirán para mantener la continuidad del aporte calórico proteico de nuestros pacientes tributarios de Nutrición Parenteral durante el presente año. Por ello la Unidad de Programación, en atención a los documentos descritos procedió a realizar el estudio de posibilidades que ofrece el mercado y de acuerdo a las fuentes empleadas según cuadro adjunto, ha determinado que el valor referencial del proceso asciende a **S/.60,000.00 (Sesenta Mil Con 00/100 Nuevos Soles)**, correspondiendo convocar un Proceso de Selección de Adjudicación Directa Selectiva. Asimismo, solicita la disponibilidad presupuestal a cargo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Aprobación del expediente a cargo de la Dirección Ejecutiva de Administración y la Inclusión en el PAC-2013 para proceder a su convocatoria;

Que, con Proveído N° 146-13 la Directora de la Oficina de Logística solicita a la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico la disponibilidad presupuestal por el monto de **S/.60,000.00 (Sesenta Mil Con 00/100 Nuevos Soles)**, y Aprobación del expediente a cargo de la Dirección Ejecutiva de Administración, e Inclusión del proceso en el PAC-2013;

Que, con Nota Informativa N° 239-OEPE.HONADOMANI.SB.13, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informó a la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración, la autorización de la disponibilidad presupuestal de **S/.60,000.00 (Sesenta Mil Con 00/100 Nuevos Soles)**, para atender el Proceso de Selección Adjudicación Directa Selectiva, "Adquisición de Lípidos 20 G/100ml SOL 500 ml", con cargo a afectar los recursos asignados en la Fuente de Financiamiento 09 Recursos Directamente Recaudados, Clasificador de Gastos: 2.3.1.8.1.2 Medicamentos, y Meta SIAF: 0102 Brindar una Adecuada Dispensación de Medicamentos;

Que, mediante Oficio N° 099-DEA-HONADOMANI-SB-2013, la Directora Ejecutiva de Administración, en atención a los documentos antes señalados, solicita al Director General incluir en el Plan Anual de





Contrataciones (PAC- 2013), el Proceso de Selección de Adjudicación Directa Selectiva, "Adquisición de Lípidos 20 G/100ml SOL 500 ml", por el monto de S/.60,000.00 (Sesenta Mil Con 00/100 Nuevos Soles), el cual fue aprobado a través del Memorando N° 063-DG-ONADOMANI.SB.2013;

Que, en merito a lo antes señalado, es necesario modificar el Plan Anual de Contrataciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", por tener que incluir el proceso de selección antes señalado;

Estando a lo propuesto por la Oficina de Logística del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", de conformidad con el Decreto Legislativo N° 1017, Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 184-2008-EF;

Con la visación de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Oficina de Logística y de la Oficina de Asesoría Jurídica; y

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 436-2011/MINSA, y de la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar la Modificación del Plan Anual de Contrataciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", correspondiente al año Fiscal 2013, e **Incluir el Proceso de Selección establecido en el anexo adjunto**, el cual debidamente visado forma parte integrante de la presente Resolución, por los fundamentos antes expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a las Oficinas de Logística y Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE, y la difusión a través del portal de la Institución, en estricto cumplimiento del artículo 9° del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1017, Ley de Contrataciones del Estado y su modificatoria, aprobada por la Ley N° 29873, y por el Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 184-2008-EF y su modificatoria, aprobado por Decreto Supremo N° 138-2012-EF.

ARTÍCULO TERCERO.- Notificar la presente Resolución Directoral al Órgano de Control Institucional y a los estamentos administrativos que correspondan para su conocimiento y fines pertinentes.

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"

DR. JULIO CANO CÁRDENAS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 12728

JCC/JGB/JCVO.

c.c.

CEI

- DEA
- OEPE
- SF
- OL
- OAJ
- OCI
- Archivo

ONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"
OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
25/03/13
RECIBIDO
10:20 FIRMA:

INCLUSIÓN PAC-2013

PROCESO DE SELECCIÓN: ADJUDICACION DIRECTA SELECTIVA :
MODALIDAD DE SELECCION PROCEDIMIENTO CLASICO

"ADQUISICION DE LIPIDOS 20G/100ml SOL 500ml"

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR REFRENCIAL
1	"ADQUISICION DE LIPIDOS 20G/100ml SOL 500ml"	S/. 60,000.00
	TOTAL	S/. 60,000.00

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DOCENTE Madre-Niño
"SAN BARTOLOME"
C.P.C. LUZ ANGELICA REYNA SILVA
MIE DEL EQUIPO DE PLANIFICACION
OFICINA DE LOGISTICA

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Docente Madre-Niño
"SAN BARTOLOME"
C.P.C. AQUILA DE LA CRUZ SOTO
Directora de la Oficina de Logística



Nº 0076-DE-HONADOMANI-SB

Resolución Directoral

Lima 22 de Marzo de 2013

2013

Visto, el Expediente N° 01521-13;

CONSIDERANDO:

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 y, reducir los costos asociados a dichas infecciones para los usuarios y los servicios de salud"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA, se aprobó la NT N° 026-MINSA/OGE-V.01: "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias", cuyo objetivo es *"proporcionar información actualizada sobre la magnitud de estas infecciones y sus diversos factores y, de esta manera, orientar las acciones dirigidas a la disminución de los daños que causan las mismas"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012", con el objetivo de *"Reducir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias y Accidentes Biológicos Laborales (Infecciones Adquiridas en los Servicios de Salud – IASS), con énfasis en el binomio materno neonatal, a través del fortalecimiento de las capacidades del sistema de vigilancia, prevención y control de las IIH en los establecimientos prestadoras de servicios de salud y la educación de la comunidad en general"*;

Que, en tal sentido, mediante Informe N° 026-13-OESA.HONADOMANI.SB, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental remite al Director General, el "Documento Técnico: Plan de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad 2013", siendo uno de sus objetivos generales *"Vigilar, prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias en los pacientes y los accidentes biológicos laborales y Tuberculosis en el Recurso Humano del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé"*, el cual reúne la estructura mínima establecida en el numeral 6.1.4 del acápite 6.1 de las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA;

Que, mediante Memorando N° 087-2013-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Informe N° 009-2013-Resp.ECS-OGC-HONADOMANI/SB, emitido por la Responsable de Evaluación de la Calidad, por el cual manifiesta que el citado documento normativo cuenta con opinión favorable por encontrarse acorde a las normas vigentes en estructura, forma y contenido, recomendando la aprobación del citado Documento Técnico vía Resolución Directoral;

Que, estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, resulta necesario aprobar el Documento Técnico en mención;

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA, y en la Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA;



Con las visaciones de la Sub-Dirección General, de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General mediante Resolución Ministerial N°436-2011/MINSA y la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y BIOSEGURIDAD 2013", del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de diecinueve (19) folios, que en anexo adjunto y debidamente visado forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental será la encargada de difundir, implementar y supervisar el estricto cumplimiento del Documento Técnico: "DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y BIOSEGURIDAD 2013".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique el citado Documento Técnico, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe del portal de Internet del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Regístrese y Comuníquese,



JCC/NSA//GVO/RDLTS

c.c

- SDG
- OAJ
- OEI
- OESA
- Archivo



Documento Técnico

Plan de Prevención y Control de las

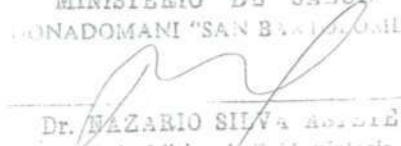
Infecciones Intrahospitalarias

Y BIOSEGURIDAD

2013

HONADOMANI "San Bartolomé"

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"


Dr. NAZARIO SILVA ASTORIZ
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795

HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

Lic. SOCORRO ZÚÑIGA
Enf. de Enf. Inf.
C.E.P. 16878

INDICE:

INTRODUCCION.....	02
FINALIDAD.....	03
DIAGNOSTICO DE LAS IIH.....	03
META.....	06
OBJETIVOS.....	06
BASE LEGAL.....	07
AMBITO DE APLICACIÓN.....	07
CONTENIDO.....	08
FINANCIAMIENTO.....	10
MONITOREO, SUERVISION Y EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES.....	10
RESPONSABLES.....	10
BIBLIOGRAFIA.....	11
ANEXO A.....	12
ANEXO B.....	15

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN B. DE OME"


Dr. NAZARIO
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795



HONADOMANI "SAN B. DE OME"
Lito. SO
C.E.P. 17795

1.- INTRODUCCION:

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) son un problema de salud mundial ampliamente conocido, que se ha asociado en numerosas investigaciones con aumento de la morbilidad, mortalidad y costo de los pacientes, en los países desarrollados estas infecciones afectan al 5% a 10% de los pacientes hospitalizados y en los países en vías de desarrollo puede llegar hasta el 25%, las infecciones nosocomiales también representan un problema muy importante para nuestra institución, ya que las tasas de varios de los factores de riesgo vigilados se encuentran por arriba del promedio nacional y de la categoría de establecimiento III-1, aunque se presenta una tendencia decreciente si se compara con los años anteriores.

En cuanto al personal de salud que atiende a los pacientes en las diferentes áreas del hospital, se encuentra expuesto a adquirir infecciones como la tuberculosis, por incumplimiento de las medidas de prevención, Hepatitis B, Hepatitis C e infección por VIH, por el riesgo de exposición a sangre y fluidos corporales durante la atención a los pacientes, en el año 2012 en nuestra institución se presentaron 16 casos de accidentes de los cuales el 81% (13) fueron ocasionados por objeto punzocortante y el 19% (3) por salpicadura de sangre o fluidos corporales en piel y mucosas. Del total de los casos el 12% (2) recibieron tratamiento profiláctico con antirretrovirales.

En este contexto es indispensable continuar el trabajo realizado durante los últimos años identificando los problemas en orden de importancia, conocer sus causas, proponer soluciones y evaluar continuamente las acciones propuestas.

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" se realiza la vigilancia activa de las infecciones intrahospitalarias teniendo una casuística importante a tomar en cuenta por lo que se justifica realizar acciones que permitan controlar y prevenir nuevos casos. Por ello un Plan de Intervención en la que podamos conocer, en que condiciones son atendidos los pacientes nos dejara evaluar aquellos factores de riesgo relacionados al cumplimiento de normas de prevención para luego realizar acciones, que se traduzcan en una mejor calidad de atención para las pacientes, así como

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"


DR. NAZARIO SILVA
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795




Lic. SOCORRO
Edu. de la Oficina de Epidemiología
C.E.P. 10309

para el personal que los atiende, cumpliendo con una de las políticas de Calidad del MINSA, que es la disminución de las infecciones intrahospitalarias en los establecimientos de salud.

2.- FINALIDAD:

El presente plan tiene como finalidad prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias a través del compromiso de la gestión para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia prevención y control de las IIH y que el personal de salud logre un cambio de conducta y cumplan con la práctica de higiene de manos clínico y quirúrgico, técnica aséptica, aislamiento hospitalario según mecanismos de transmisión y realicen un uso racional de antimicrobianos (ATM), adecuado manejo de antisépticos, desinfectantes, medidas de Bioseguridad en el manejo y eliminación de los punzocortantes para evitar accidentes laborales que produzcan riesgo de transmisión de infecciones en el personal, aspectos que se encuentran en las normas técnicas de Vigilancia, Prevención y Control de IIH.

3.- DIAGNOSTICO DE LAS IIH:

El Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", es un Hospital Especializado en la Atención de la Madre y el Niño de Nivel III – 1, en el cual se registraron 12,863 egresos para el año 2012. Se tiene una Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias para el año 2012 de 9,4/100 pacientes hospitalizados, siendo esta menor a la presentada en el 2010 (10,9). En cuanto a la incidencia de IIH tenemos que la endometritis puerperal asociada a cesárea, para el 2012 presenta una tasa de 1,7/100 cesáreas, siendo mayor a la presentada en el 2011 (1,2) y por arriba de la Referencia Nacional y Referencia por Categoría de Establecimiento III -1 con 0,57 y 0,85 respectivamente.

La tasa de infección de sitio operatorio asociada a cesárea, para el 2012 es 2,5/100 cesárea, encontrándonos por arriba del promedio nacional (1,47) y de la categoría de Establecimiento III-1 (1,78) y de la tasa presentada en el 2011 (1,6).

En cuanto a la incidencia de endometritis puerperal asociada a parto vaginal para el 2012 presenta una tasa de 0,7/100 partos vaginales, encontrándonos por arriba del Promedio Nacional

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

Dr. ROZARIO SILVA AGUIAR
Jefe de la Oficina de Epidemiología
G.M.P. 17795



LIC. SPONTANEO
G.M.P. 17795

(0,32) y de la Categoría de Establecimiento III-1 (0,42), pero por debajo de la tasa presentada en el 2011 (1,0), presentándose una reducción del 30% en relación al 2011.

La Infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociado al uso de Catéter Venoso Central (CVC) para el 2012 presenta una tasa de 10,8/1000 días catéter, siendo esta mayor al Promedio Nacional (6,42) y a la Categoría de Establecimiento III-1 (8,93), pero menor a la tasa presentada en el 2011 (13,3), Habiendo disminuido en 18,8% con respecto a la presentada en el 2011.

Ver cuadro.

Incidencia de Infecciones Intrahospitalarias según tipo de Infección

Tipo de Infección	Tasa de Infección. 2010	Tasa de Infección. 2011	Tasa de Infección. 2012	Incidencia Promedio Nacional	Incidencia según Categoría de Establecimiento III-1
ITS / CVC en UCI de Neonatología (*)	12,3	13,3	10,8	6,42	8,93
Endometritis puerperal / parto vaginal (+)	0,9	1,0	0,7	0,32	0,42
Endometritis puerperal / Cesárea (+)	1,2	1,2	1,7	0,57	0,85
ISO / Cesárea (+)	1,8	1,6	2,5	1,47	1,78

(*) Densidad de Incidencia

(+) Incidencia acumulada

La higiene de manos es una de las principales medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias, sin embargo como resultado de las observaciones realizadas por el Comité de IIH en nuestra institución la adherencia a la higiene de manos se encuentra alrededor de 37%. En relación a los accidentes de

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

Dr. CARLOS SILVA ASPIRE
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.E. 13795



COORDINADOR

LIS. SOC. 13795

exposición a sangre y fluidos corporales, durante el año 2012 se reportaron 16 casos en los trabajadores de la institución por lo que es necesario permanentemente sensibilizar y capacitar al personal, más aun por ser un hospital docente donde continuamente ingresan alumnos de pre y pos grado que muchas veces desconocen e incumplen las normas.

Para el 2013 se considera importante continuar con la labor iniciada en el proyecto de mejora continua relacionado a la disminución de infecciones asociadas al uso del catéter venoso central e incrementar otras actividades para mantener una tendencia decreciente de esta infección y llegar al nivel del promedio nacional. En cuanto al área de obstetricia para el presente año se priorizarán actividades en relación a la prevención de ISO y endometritis puerperal asociada a cesárea, ya que se ha presentado un incremento de las tasas en el 2012, así mismo se realizarán actividades para continuar con la tendencia decreciente de la endometritis asociada a parto vaginal.

En relación a las actividades de capacitación coordinación y supervisión durante el 2012 se realizaron reuniones con los jefes de departamentos y servicios lográndose el compromiso para la prevención y control de IIH, así mismo se realizaron actividades de capacitación a través de talleres a médicos asistentes, residentes e internos y capacitación continua al personal asistencial sobre lavado de manos clínico y quirúrgico, técnica aséptica durante los procedimientos y Bioseguridad en el manejo de punzocortantes, además se continuaron las actividades de capacitación sobre la instalación y manejo de CVC para médicos y enfermeras de las áreas críticas ya que como recordaremos en el 2007 se ejecutó el proyecto de mejora continua para la "Disminución de la Infección del Torrente Sanguíneo asociada a CVC", continuando con las capacitaciones a través de cursos talleres hasta la actualidad, también se realizaron evaluaciones periódicas del cumplimiento del lavado de manos clínico y quirúrgico y permanencia de insumos para la higiene de manos en los servicios y áreas críticas utilizando como instrumento fichas de cotejo.

Para el año 2013 se va a continuar con las mismas estrategias que incluyen la planificación de actividades con la finalidad de promover e impulsar la implementación de estrategias generales de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad, entre ellas lo correspondiente al lavado de manos, la técnica aséptica, medidas de aislamiento hospitalario, como un

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

Dr. NAZARIO SILVA ASTETE
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795



[Handwritten signature]

proceso continuo para la disminución de las infecciones nosocomiales, así mismo actividades específicas para disminuir la endometritis puerperal asociadas a Cesárea y a parto vaginal, infección de sitio operatorio asociada a cesárea e Infección del Torrente Sanguíneo asociadas a Catéter Venoso Central, en el personal asistencial de la institución, así como en el personal rotante en los diferentes servicios, ya que el Hospital San Bartolomé es eminentemente docente y recibe alumnos de pregrado y posgrado por lo que se requiere realizar capacitaciones en forma permanente.

4.- META:

Disminuir en 10% la tasa de incidencia de ISO asociada a cesárea, endometritis asociada a parto vaginal y a cesárea, así como la ITS asociada a CVC en UCI de neonatología

5.- OBJETIVOS:

Objetivos Generales

- Reducir la incidencia de infecciones Intrahospitalarias en los pacientes hospitalizados y el riesgo de presentar accidentes de exposición a sangre y fluidos corporales y tuberculosis en el recurso humano, a través de actividades de vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

Objetivos Específicos:

- Vigilar las infecciones nosocomiales seleccionadas, en Forma activa, selectiva y por factores de riesgo, así Como los accidentes biológicos laborales y tuberculosis en la institución.
- Mejorar los conocimientos del personal asistencial sobre medidas específicas de prevención de infección del torrente sanguíneo asociada a CVC, infección de sitio operatorio y endometritis puerperal asociada a cesárea y endometritis asociada a parto vaginal, y sobre medidas generales de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"

Dr. HIRSHIO SILVA ASTETE
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795



[Handwritten signature]

6.- CONTENIDO:

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

a) Diagnóstico de Base:

Se realizará un estudio que nos permita identificar los factores asociados a la infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéter venoso central, Infección de sitio operatorio asociado a cesárea, del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; también se continuará la supervisión con ficha de cotejo de las medidas de prevención de IIH en el uso de Catéter venoso central, en intervenciones quirúrgicas de cesárea, y en atención del parto por vía vaginal, permanencia de insumos para el lavado de manos, de tal manera que nos permita contar con información actualizada, la misma que nos servirá para orientar las acciones de intervención.

b) Elaboración o actualización de normas locales relacionadas con:

1. Manejo y eliminación de punzocortantes y de exposición a sangre y fluidos corporales.
2. Instalación y manejo del catéter venoso central.
3. Limpieza y desinfección de materiales y equipos en los servicios de hospitalización, emergencia y consulta externa.
4. Aislamiento Hospitalario.
5. Limpieza y desinfección de ambientes.
6. Procedimientos de prevención y control de las IIH.

c) Implementación de normas locales, relacionadas con:

1. Lavado de manos clínico y quirúrgico.
2. Manejo de punzocortantes y de accidentes de exposición a fluidos corporales.
3. Aislamiento hospitalario.
4. Antibiopprofilaxis en cesárea.
5. Uso racional de antimicrobianos.
6. Limpieza y desinfección de materiales y equipos.
7. Limpieza y desinfección de ambientes.
8. Uso de Antisépticos y desinfectantes.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "SAN BARTOLOMÉ"

Dr. RAFAEL SILVA ASTUDILLO
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795



[Handwritten signature]

9. Manejo de residuos sólidos

d) Implementación con materiales e insumos:

1. Contar con insumos para la sostenibilidad del Proyecto "Disminución de la Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central.
2. Garantizar la dotación de insumos y materiales para la prevención de IIH, en forma oportuna.
3. Implementación de contenedores para la eliminación de residuos sólidos hospitalarios y mejorar la segregación de los mismos. Todas las actividades relacionadas a este tema son realizadas por la unidad de saneamiento ambiental.

e) Desarrollo ó Participación en Estudios de Investigación:

1. Estudio de Prevalencia de las IIH, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
2. Estudio relacionado a la vigilancia, prevención y/o factores de riesgo asociados a IIH.

f) Desarrollo de Actividades de Capacitación:

1. Capacitación y aplicación de la norma de lavado de manos tipo clínico, en los diferentes servicios: hospitalización, sala de partos, unidades críticas, emergencia, consultorios externos y laboratorio y lavado tipo quirúrgico en Sala de Operaciones.
2. Capacitación sobre medidas de prevención de endometritis asociado a parto vaginal, ISO y endometritis asociado a cesárea.
3. Capacitación y aplicación de la norma para la colocación y mantenimiento de catéter venoso central.
4. Otras capacitaciones de interés institucional (aislamiento hospitalario, técnica aséptica, manejo de punzo cortantes y de accidentes biológicos)
5. Realizar reuniones técnicas con el personal de los servicios: médicos, enfermeras, obstetras, personal técnico en relación a la problemática de IIH, así como de las Medidas de Prevención y Control de las mismas.

MINISTERIO DE SALUD
HONORARIOS SAN BARTOLOME
DR. NAZARIO SILVA ASTORIA
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795



Signature

g) Supervisión de prácticas de atención:

Se supervisará las siguientes prácticas de atención: Higiene de manos, colocación y manejo del catéter venoso central, manejo y eliminación de punzo cortantes, antibioprolaxis en cesáreas, uso racional de antisépticos y desinfectantes, limpieza y desinfección de materiales y equipos y limpieza y desinfección de ambientes. Para lo cual se incluirán los siguientes aspectos:

- a. Elaboración del Plan de Supervisión
- b. Aplicación de Pautas de Supervisión Vigentes.
- c. Análisis de la Supervisión
- d. Presentación de los resultados de la supervisión, por cada servicio supervisado
- e. Propuestas de cambio a implementar. ✓
- f. Coordinación: Todas las actividades se realizarán previa coordinación con los jefes y personal de los diferentes servicios del hospital, para lograr el involucramiento pleno del personal, sobretodo de los servicios priorizados.

7.- FINANCIAMIENTO

Recursos asignados por la institución.

8.- MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES

Se realizará a través de los Miembros del Comité de Infecciones Intrahospitalarias.

9.- RESPONSABLES:

1. Dirección General
2. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
3. Comité de Infecciones Intrahospitalarias
4. Jefaturas de Departamentos y Servicios Asistenciales
5. Oficina de Personal - Unidad de Capacitación

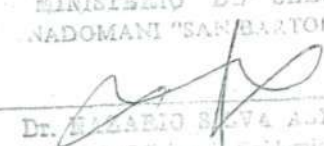
MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

Dr. HAZARDO ALVA, ASPIRE
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.S. 17743



11.- BIBLIOGRAFIA

1. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, MINSA. Perú 2004.
2. Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias, MINSA. Perú 2004.
3. Plan Nacional de Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con Énfasis en la Atención Materna y Neonatal 2009 – 2012, MINSA. Perú 2009.
4. Guía Técnica para la evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, MINSA, Perú 2007

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "SAN BARTOLOME"

Dr. NAZARIO SILVA, A.B.S.E.
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized initials.

Documento Técnico: Plan de Vigilancia Prevención y Control de las
Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad 2013
HONADOMANI "San Bartolomé"

12.- ANEXO A

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: AÑO 2013

	PROBLEMAS PRIORIZADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	META	INDICADOR	RESPONSABLES	PLAZOS			
						I	II	III	IV
1	Tasa de infección del torrente sanguíneo asociado a CVC. En UCI de Neonatología por arriba del promedio nacional.	Actualizar la norma sobre instalación y manejo de CVC.	1	-Norma actualizada y aprobada por R.D.	Dirección General, Oficina de Epidemiología e integrantes del equipo de CVC y jefes de servicio	X	X		
		Capacitar al personal sobre instalación y manejo de CVC	2	-% de reuniones de capacitación realizadas.	Dirección General, Oficina de Epidemiología y jefes de Dptos y Servicios.		X	X	
2	Limitada Gestión del Comité de IIH en vigilar el cumplimiento de normatividad de PC de IIH de los ABL, elaboración y difusión del diagnóstico situacional institucional y por servicios de IIH, impulsar la participación del personal en estrategias de intervención en IIH, coordinar con servicios y otros comités	Socializar el diagnóstico situacional de las IIH y ABL en el Hospital San Bartolomé	2 Reuniones (Semestral) y	% de reuniones realizadas.	Oficina de Epidemiología, Comité de IIH.	X		X	
		Coordinar y realizar reuniones con los servicios y comités involucrados	4 reuniones	% de reuniones realizadas.	Ofic. de Epidemiología y Comité de IIH.	X	X	X	X
		Elaborar norma sobre Aislamiento Hospitalario	1	Norma elaborada y aprobada	Oficina de Epidemiología y Comité de IIH		X	X	
		Elaborar e implementar el plan de supervisión	1 Plan	Plan implementado	Comité de IIH. Y Ofic. De Epidemiología	X	X	X	X

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

Dr. FAZARIO SUT...
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.R. 17795



[Handwritten signature]

Documento Técnico: Plan de Vigilancia Prevención y Control de las
Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad 2013
HONADOMANI "San Bartolomé"

	PROBLEMAS PRIORIZADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	META	INDICADOR	RESPONSABLES	PLAZOS			
						I	II	III	IV
3	Inadecuado abastecimiento de insumos y materiales para la PC de IIH.	Cumplir con las especificaciones técnicas para la adquisición y abastecimiento de insumos y materiales para el PC de IIH.	80% de Materiales e insumos que se adquieren cumplen las especificaciones técnicas.	% de Materiales e insumos adquiridos que cumplen las especificaciones técnicas.	Comité de IIH, Logística.	X	X	X	X
		Garantizar la dotación de insumos necesarios para la Prevención y Control de IIH, en forma oportuna y permanente.	100% de Insumos y materiales distribuidos en plazos establecidos	Menos del 5 % de desabastecimiento de insumos y materiales en los servicios.	Logística, Servicio de Farmacia y Comité de IIH	X	X	X	X
4	Capacitación insuficiente del personal asistencial en la VPC de las IIH	Coordinar con jefaturas de servicios reuniones de capacitación.	25 coordinaciones	% de coordinaciones realizadas	Comité de IIH.	X	x	x	x
		Capacitación al personal en temas como: lavado de manos, técnica aséptica, aislamiento y otros.	25 Cursos, talleres o charlas realizadas.	% de Cursos realizados.	Comité de IIH y Unidad de Capacitación.	X	X	X	X
5		Fortalecer al equipo evaluador de ATM de uso restringido, reuniones de sensibilización, sobre uso racional de ATM.	2 Reuniones.	% Reuniones.	Director General, Of. Epidemiología Infectólogo, Jefe de Microbiología,		X	X	

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

13
Dr. NAZARIO NEVA ASTETE
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795



[Signature]

Documento Técnico: Plan de Vigilancia Prevención y Control de las
Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad 2013
HONADOMANI "San Bartolomé"

	Necesidad de continuar con la estrategia para el uso racional de Antimicrobianos	Elaborar y Difundir el mapa microbiológico	1 Mapa difundido	Mapa difundido	Jefe de Microbiología, Infectólogo, Of. De Epidemiología.				X
6	Tasa de incidencia de ISO y Endometritis puerperal asociada a Cesárea y a parto vaginal por arriba del promedio nacional.	Monitoreo del cumplimiento de la antibiopprofilaxis en cesárea. Realizar capacitación sobre medidas de prevención de infección de Sitio Operatorio y endometritis en Cesárea y endometritis en parto vaginal	2 informes de Monitoreo 2 capacitaciones	% porcentaje de informes presentados % de capacitaciones realizadas	Jefatura de Dpto y servicio de Ginecobst, comité de IIH		X	X	
7	No se tiene informe de los casos de Tuberculosis en personal de la institución	Coordinar con responsable de Estrategia Sanitaria de TBC y Oficina de personal. Realizar vigilancia de cumplimiento de medidas de prevención para tuberculosis.	2 coordinaciones 2 Informes	% de coordinaciones realizadas % de informes presentados	Jefe de Ofic.. Epidemiología y Estrategia de TBC, Enfermera de IIH	X		X	X
8	Necesidad de realizar estudios de investigación como herramienta para mejorar y orientar medidas de prevención en IIH	Realizar estudio de Prevalencia de IIH. Realizar estudio relacionado a la vigilancia, prevención y/o factores de riesgo de IIH.	1 Estudio 1 Estudio	Estudio realizado Estudio realizado	Of. De Epidemiología, comité de IIH, jefatura de servicios			X	X
9	Escaso monitoreo y supervisión del cumplimiento del Plan Anual de IIH de la institución.	Realizar Autoevaluación Periódica.	2	% Autoevaluaciones realizadas.	Comité de IIH		X		X

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"
14
DR. NAZARIO NEVA ASTIZ
Jefe de la Oficina de Epidemiología
G.M.P. 17795

[Firma]

Documento Técnico: Plan de Vigilancia Prevención y Control de las
Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad 2013
HONADOMANI "San Bartolomé"

	Supervisión del cumplimiento del Plan Anual de IIH de la institución.	2 (Semestral)	% de Supervisiones realizadas.	Comité de IIH		X	X
--	---	---------------	--------------------------------	---------------	--	---	---

12.- Anexo B. Formatos

- a) Fichas de seguimiento de pacientes que se utiliza en la vigilancia de las IIH se encuentran en la Norma Técnica N° 026 "Norma técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias RMN| 179-2005/MINSA.
- b) Fichas de Auto evaluación se encuentran en Guía técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias RM N°523-2007/MINSA.
- c) Ficha para estudio de Prevalencia de IIH que se encuentra en Protocolo para "Estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias. Dirección General de Epidemiología – Dirección de Salud V Lima Ciudad- 2010.
- d) Ficha de monitoreo de cumplimiento de profilaxis antibiótica en cesárea. Se adjunta
- e) Lista de chequeo para lavado de manos clínico. Se adjunta
- f) Lista de chequeo para Lavado de Manos Quirúrgico. Se adjunta
- g) Lista de chequeo de materiales e insumos para la prevención de iiH y Bioseguridad. Se adjunta

MINISTERIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

Dr. HAZAR...
Jefe de la oficina de Epidemiología
C.P. 1.113



[Handwritten signature]

**FICHA DE MONITOREO DE ANTIBIOPROFILAXIS EN CESAREA
HONADOMANI SAN BARTOLOME**

[illegible]

MINISTERIO DE SALUD
CIUDADOMANT "SAN BARTOLOMÉ"

Dr. NAZARIO SILVA AGUIAR
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795



[Handwritten signature]



LAVADO DE MANOS CLINICO - LISTA DE CHEQUEO

Fecha de Observación: _____

Personal Observado: _____

Hora: _____

Procedimiento: _____

1	Se sube las mangas hasta el codo, retira reloj, pulseras, anillos, etc.	Si	No
2	Abre la llave del agua con mano, codo o pie según el caso. Se moja manos y muñecas.	Si	No
3	Aplica jabón líquido o espuma.	Si	No
4	Fricciona las manos palma contra palma.	Si	No
5	Fricciona espacios interdigitales juntando las palmas y entrelazando los dedos de ambas manos.	Si	No
6	Frota con movimientos giratorios el pulgar derecho en la palma de la mano izquierda y viceversa.	Si	No
7	Coloca la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, fricciona entrelazando los dedos de ambas manos y viceversa.	Si	No
8	Frota con movimiento giratorio hacia atrás y hacia delante, metiendo la punta de los dedos y el pulgar de la mano derecha en la palma de la mano izquierda y viceversa.	Si	No
9	Fricciona ambas muñecas con movimiento giratorio.	Si	No
10	Enjuaga las manos manteniéndolas más arriba que los dedos.	Si	No
11	Se seca las manos con papel toalla iniciando por los dedos y terminando en las muñecas.	Si	No
12	Cierra la llave del grifo con el codo, rodilla, pie o con el papel toalla.	Si	No
13	El primer lavado dura un minuto.	Si	No
14	Siguientes lavados duran de 20 a 30 segundos.	Si	No

MINISTERIO DE SALUD
ADOMANI "SAN BARTOLOME"

Dr. [Firma]
Jefe de la Oficina de Epidemiología
y Salud Ambiental



3/5



Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Lavarse las Manos es Salud

LAVADO DE MANOS QUIRURGICO - LISTA DE CHEQUEO

01	Retira las joyas de las manos antes de lavarse	si	no
02	Abre la llave del caño, gradúe el chorro de agua	si	no
03	Humedece ambas manos y antebrazos	si	no
04	Toma una escobilla, aplica jabón y cepilla las uñas durante medio minuto cada mano.	si	no
05	Deja el cepillo y enjuaga las manos desde dedos hacia codos	si	no
06	Aplica jabón y fricciona durante dos minutos	si	no
07	Fricciona palmas con palmas entrelazando los dedos	si	no
08	Fricciona palma derecha sobre el dorso izquierdo y viceversa	si	no
09	Frota con movimientos giratorios moviendo el pulgar derecho en la palma de la mano izquierda y viceversa	si	no
10	Frota el dorso de los dedos contra la palma opuesta enganchando los dedos	si	no
11	Fricciona en forma rotativa muñecas y antebrazos hasta 7.5 cm por encima del codo	si	no
12	Enjuaga iniciando por los dedos, manteniendo las manos mas arriba que los codos	si	no
13	Aplica mas jabón y por espacio de un minuto repite el procedimiento desde el paso n° 6 hasta el paso n° 11. Fricciona hasta tercio medio de antebrazo	si	no
14	Enjuaga manteniendo las manos mas arriba que los codos	si	no
15	Aplica nuevamente jabón y fricciona las palmas, espacios interdigitales, dorso, dedos pulgares y ambas muñecas por un minuto	si	no
16	El primer lavado duro 5 minutos	si	no
17	Los siguientes lavados duraron 3 minutos	si	no

MINISTERIO DE SALUD
HONDURAS "SAN CARLOS"
Dr. NARCISO RIVERA ASTOLFE
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.B. 17702



[Handwritten signature]
C.M.B. 17702



LISTA DE CHEQUEO
MATERIALES E INSUMOS PARA LA PREVENCIÓN DE VIH Y
BIOSEGURIDAD

INSUMO	FECHA: / /		FECHA: / /		FECHA: / /	
	SERVICIO:		SERVICIO:		SERVICIO:	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
JABÓN LIQUIDO						
PAPEL TOALLA						
ALCOHOL GEL						
GUANTES ESTÉRILES						
GUANTES LIMPIOS						
GASAS ESTÉRILES						
AGUA PERMANENTE						
MASCARILLAS QUIRÚRGICAS						
MASCARILLAS N-95						

OBSERVACIONES:

MINISTERIO DE SALUD
PARADOMANI "SAN BARTOLOME"
DR. [Firma]
Jefe de la Oficina de Epidemiología
C.M.P. 17795

