



701



Nº 0160-DE-HONADOMANI-26/2015

Resolución Directoral

Lima, 17 de Mayo de 2015

Visto, el Expediente Nº 04385-15;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de Salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; razón por la cual, es preocupación constante del Ministerio de Salud priorizar la calidad asistencial, así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brinde a la población usuaria en los Establecimientos de Salud;



Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 753-2004/MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nº 020-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias", cuyo propósito es "Contribuir a mejorar la calidad de atención de los Servicios Hospitalarios reduciendo el impacto negativo de las infecciones intrahospitalarias";

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 179-2005/MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nº 026-MINSA/OGE-V.01: "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias", cuyo propósito es "Contribuir a la Prevención y Control de las infecciones intrahospitalarias a través de la generación de información para la toma de decisiones en los niveles local, regional y nacional;

Que, mediante Nota Informativa Nº 062-15-OESA-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental informa al Director General que en su calidad de Coordinador respecto al Indicador de Infecciones Intrahospitalarias, le hace llegar "Las Medidas de Intervención para su implementación, cuyo objetivo es "Disminuir la incidencia de Infecciones Intrahospitalarias asociadas a factores de exposición durante la atención médica.

Que, mediante Informe Nº 030-2015-CMI-DA-HONADOMANI.SB, la Coordinadora de Monitoreo Institucional de la Dirección Adjunta informa al Director Adjunto que, las Medidas propuestas para la reducción de las IIH, resultan aceptables y pertinentes para su implementación en la institución;

Que, mediante Oficio Nº 049-DA-HONADOMANI.SB.2014, el Director Adjunto remite al Director General las Medidas de Intervención para la Reducción de las Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", contando con la aprobación de su despacho y de la Coordinadora de Monitoreo Institucional para la emisión de la Resolución Directoral correspondiente;



Que, mediante Memorandum N° 0076.DG.HONADOMANI.SB.2014, el Director General solicita se proyecte la Resolución Directoral que aprueba las Medidas de Intervención para la reducción de las Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" antes enunciadas;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, de la Coordinadora de Monitoreo Institucional y de la Oficina de Asesoría Jurídica;



uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Jefatural N° 34-2015/IGSS, y el artículo 11°, inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:



Artículo Primero.- Aprobar las "**Medidas de Intervención para la Reducción de las Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"**", constando de Siete (07) folios; debidamente visados forman parte integrante de la presente Resolución Directoral, por los fundamentos antes expuestos.

Artículo Segundo.- Disponer que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, implemente la difusión interna de las "**Medidas de Intervención para la Reducción de las Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"**", aprobadas en el artículo primero de la presente Resolución Directoral, y su cumplimiento en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"



Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe del portal de Internet del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Regístrese y Comuníquese.



EWVP/JCVO/OMMV
c.c.

- DA
- OESA
- OCI
- OAJ
- OEI
- Archivo

El presente Documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Que He Tenido a la Vista

Sra. Lidia Cristina Alache Pérez
FEDATARIO
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
FECHA.....**21 ABR. 2015**.....



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San
Bartolomé"

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"



MEDIDAS DE INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCION DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

LIMA - PERU



INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME 2015

INTRODUCCION

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) También llamadas infecciones asociadas a la atención de Salud, constituyen hoy en día un importante problema de salud pública.

Una infección Intrahospitalaria, se define como aquella infección que se adquiere luego de 48 horas de permanecer en el hospital. Solo en el caso de neonatos se considera como infección intrahospitalaria a la infección que se adquiere luego de 72 horas de permanecer en el hospital. Así mismo se considera también aquellos procesos infecciosos que ocurren hasta 30 días luego del alta, no debe presentarse o incubándose al momento del ingreso del paciente al hospital.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HONADOMANI SB

En Términos de Tasa de infecciones se resume en la Tabla 1, las cifras de las principales infecciones sujetas a vigilancia epidemiológica activa y selectiva. En la Gráfica N° 1, su tendencia y en la Gráfica N° 2 la Tasa de Prevalencia institucional. Cifras muy por encima del promedio nacional y para establecimientos de categoría III-1.

Tabla N° 1. Tasa de Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital San Bartolome 2011-2014

Tipo de Infección	Tasa de Infección Intrahospitalaria				Incidencia Promedio Nivel Nacional	Incidencia según Categoría Establecimiento III-1
	2011	2012	2013	2014		
ITS/CVC en UCI Neonatología (*)	13.3	10.8	8.6	9.9	4.9	4.97
Endometritis Puerperal/Parto Vaginal (+)	1.0	0.7	0.9	0.9	0.23	0.32
Endometritis Puerperal/Parto Cesárea (+)	1.2	1.7	3.5	2.9	0.49	0.88
ISO/Parto Cesárea (+)	1.6	2.5	2.4	3.2	1.20	1.51

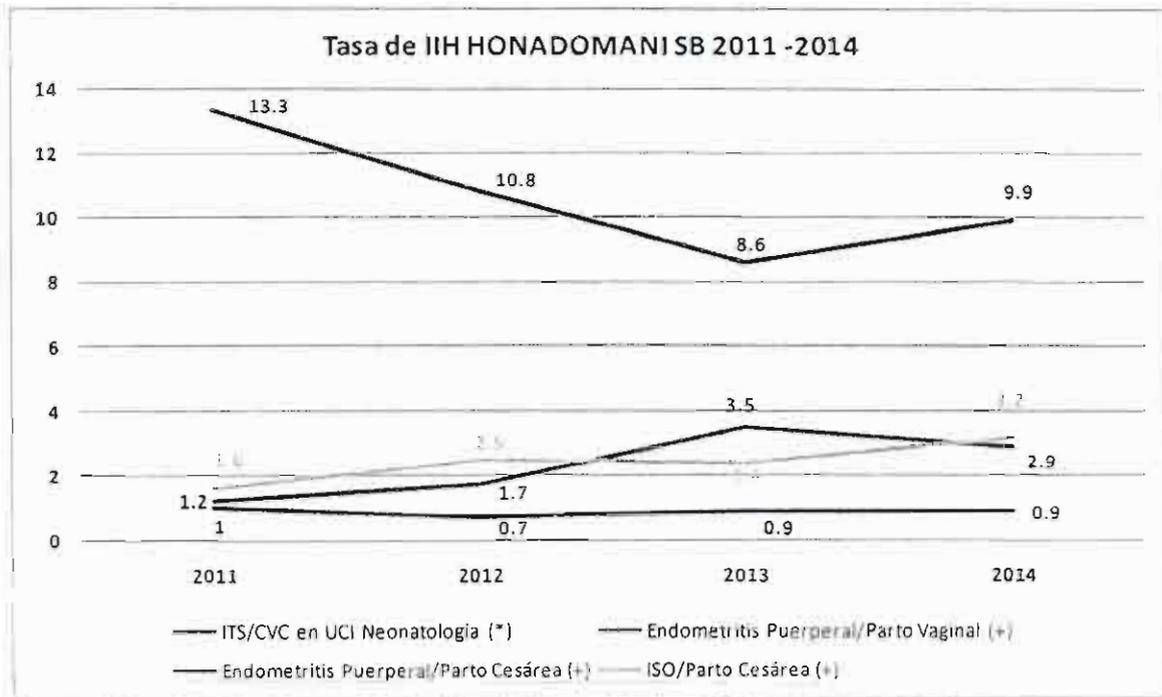
Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de IIH.

(*) Densidad de Incidencias

(+) Infecciones Asociadas a la Atención de Salud



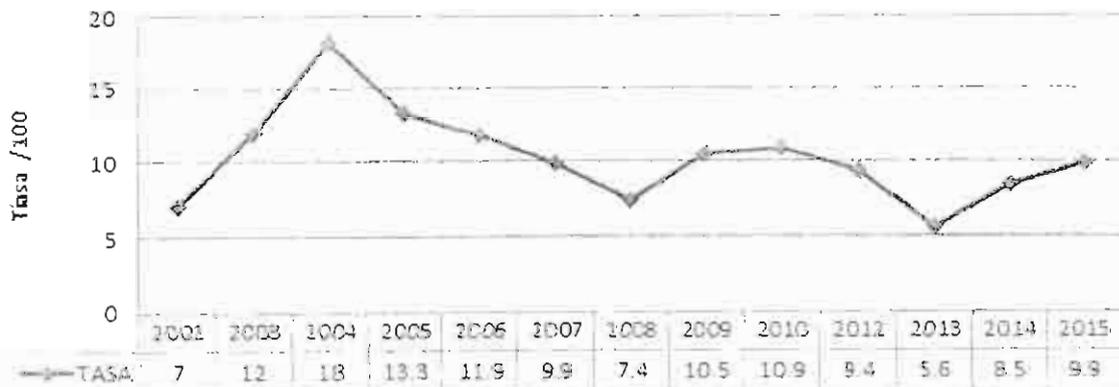
Gráfica N° 1 Tendencia de las Infecciones Intrahospitalarias. Hospital San Bartolomé 2011-2014



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de IIH
 (*) Densidad de Incidencia
 (+) Incidencia Acumulada

Gráfica N° 2: Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias. Hospital San Bartolomé 2002-2015

Prevalencia de IIH HONADOMANI SB 2002-2015



Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de IIH



OBJETIVO GENERAL

Disminuir la incidencia de Infecciones Intrahospitalarias asociadas a factores de exposición durante la atención médica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Controlar los factores de riesgo de las infecciones intrahospitalarias.
2. Disminuir conductas de riesgo en la práctica clínica y quirúrgica que favorecen la aparición de infecciones intrahospitalarias.

ESTRATEGIAS

Las estrategias que se proponen para el cumplimiento de los objetivos son las siguientes:

1. Promover la capacitación del Personal en el área de infecciones intrahospitalarias.
2. Promover la capacitación en prevención y control de IIH
3. Promover actividades de higiene de manos
4. Cursos de capacitación dirigidos a personal de reciente ingreso, internos, estudiantes, médicos residentes, pasantes, etc.
5. Difusión y socialización de las normas para su cumplimiento
6. Supervisión de procedimientos y prácticas de atención relacionados a los servicios con mayores tasas de infecciones por causa específica.
7. Continuar con el seguimiento al personal para la prevención de accidentes por exposición a material punzocortante.
8. Implementar medidas de protección respiratoria, para prevenir la transmisión de TBC nosocomial en los trabajadores de salud.

MEDIDAS A IMPLEMENTAR

A. Medidas Epidemiológicas Generales

1. Implementación de la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos, en todos los servicios del hospital.
2. Implementación de la videovigilancia epidemiológica para el monitoreo del lavado de manos y el cumplimiento estricto de las precauciones universales y uso adecuado de los equipos de protección personal, en los servicios de Centro quirúrgico, Emergencia, Unidad de Cuidados Críticos, Centro Obstétrico y Cirugía Pediátrica.
3. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias, los accidentes por punzocortantes y la TBC nosocomial en los trabajadores de salud.

B. Medidas Específicas en los Servicios

1. En Centro Quirúrgico

- a. Implementación del portero eléctrico como barrera sanitaria para el control del acceso al personal autorizado y así disminuir el alto tránsito en SOP.
- b. Implementación en el lavamanos del reloj de control del tiempo de lavado de manos quirúrgico y/o clínico.



- c. Implementación del sistema de aire acondicionado y extractora de aire en cantidad suficiente que garantice la temperatura y humedad adecuadas para la labor del personal.
 - d. Implementar el uso del alcohol gel en todas las salas.
 - e. Prohibición de ingresar a SOP a todo personal asistencial que no haya sido previamente capacitado por parte de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental sobre lavado de manos clínico y quirúrgico, uso de barreras protectoras, preparación del sitio quirúrgico, calzado de guantes técnica cerrada, técnica de colocarse el mandilón por sí mismos y técnica aséptica en el centro quirúrgico.
 - f. Implementación de casilleros de los vestidores para la custodia de objetos personales del equipo de cirujanos.
 - g. Prohibición de ingresar a SOP portando teléfonos celulares, auriculares, radiolocalizadores, laptop, ipad, mp3, mp4, cámaras fotográficas, cámaras de video, filmadoras, canguros, anillos, aretes, pendientes, piercing, brazaletes, relojes, collares, gargantillas, dispositivos USB, alimentos y cualquier otro dispositivo electrónico u objeto potencialmente contaminado. El cumplimiento estricto estará a cargo de la Enfermera Responsable en SOP.
 - h. Implementación de la ropa quirúrgica sin bolsillos.
 - i. Prohibición de la colocación del vestuario quirúrgico encima de las siguientes prendas: ropa de calle (casual o formal, pantalón, jeans, camisa, blusa, chaqueta, etc.) ni ropa clínica médica de uso diario.
 - j. Cumplimiento estricto por parte del equipo de cirujanos y personal de enfermería de SOP de mantener siempre las uñas limpias, recortadas, sin uñas acrílicas, sin esmaltes, ni brillos.
 - k. Lavado de manos quirúrgico del personal que participará activamente de la cirugía.
 - l. Lavado de manos clínico del personal que no participará activamente de la cirugía.
 - m. Prohibición del número de participantes por quirófano superior a ocho (08) personas lo que debe ser cumplido estrictamente en las salas con dimensiones reglamentarias. En las salas de menor dimensión sólo entrarán los operadores indispensables, determinado por el Anestesiólogo y/o Enfermera Responsable de SOP.
 - n. Suspensión de las cirugías programadas y/o de emergencias si las (los) pacientes ingresan a SOP sin haber recibido el tratamiento antibiótico profiláctico, y en general si la Enfermera responsable en SOP advierte el incumplimiento del lavado de manos y de la correcta colocación de la ropa quirúrgica por parte de los cirujanos. El cumplimiento estricto estará a cargo del Anestesiólogo.
 - o. Cumplimiento estricto del uso adecuado del cubrebocas en SOP por parte del personal de anestesiología, debido a la presencia de material estéril abierto y exposición de cavidades dentro de la misma.
 - p. Prohibición de la instrumentación durante las cesáreas de internos sin supervisión del médico asistente.
 - q. Prohibición para el personal de abandonar el Centro quirúrgico portando el vestuario verde de SOP.
2. En las Unidades de Cuidados Críticos (UCI Materna, UCI Neonatal, UCI Pediátrica)
- a. Implementación en el lavamanos del reloj de control del tiempo de lavado de manos clínico.



- b. Obligatoriedad del lavado de manos clínico por parte del médico interconsultante y del personal de laboratorio, antes y después de entrar en contacto con el paciente.
- c. Prohibición de ingresar a la Unidad Crítica a todo personal asistencial que no haya sido previamente capacitado por parte de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental sobre lavado de manos clínico, uso de barreras protectoras, calzado de guantes técnica cerrada, técnica de colocarse el mandilón y técnica aséptica en la Unidad Crítica.
- d. Prohibición de ingresar a la Unidad de Cuidados Críticos portando teléfonos celulares, laptop, ipad, mp3, mp4, cámaras fotográficas, cámaras de video, filmadoras, canguros, anillos, aretes, piercing, brazaletes, relojes, collares, dispositivos USB, alimentos y cualquier otro dispositivo electrónico u objeto potencialmente contaminado. El cumplimiento estricto estará a cargo del Médico del Servicio y/o la Enfermera Responsable de la Unidad Crítica.
- e. Verificación del cumplimiento de las medidas de Prevención y Control en la inserción, mantenimiento y retiro de catéteres venosos centrales. Su cumplimiento estricto estará a cargo de la Enfermera Responsable de servicio.
- f. Verificación del cumplimiento de las medidas de Prevención y Control en el manejo de la Nutrición enteral y parenteral.
- g. Cumplimiento estricto de técnica aséptica cerrada en todo procedimiento invasivo.
- h. Dotar de Recursos Humanos suficientes de acuerdo a norma ministerial que garantice el adecuado funcionamiento de las Unidades Críticas.
- i. Gestionar la construcción, ampliación, adecuación y/o remodelación de la infraestructura de las Unidades críticas de acuerdo al volumen de la demanda.

3. En Hospitalización (GO, C. Obst., Pediatría, Neonatología, Cirugía Pediátrica)

- a. Implementación en el lavamanos del reloj de control del tiempo de lavado de manos clínico.
- b. Implementar el dispensador fijo de alcohol gel en cada ambiente de hospitalización.
- c. Obligatoriedad del lavado de manos clínico por parte del médico interconsultante y del personal de laboratorio, antes y después de entrar en contacto con el paciente.
- d. Disponer el cumplimiento limitado del número de tactos vaginales realizados a las pacientes. El cumplimiento estricto estará a cargo del médico Gineco Obstetra del servicio y/o Obstetra y/o Enfermera responsable en el servicio.
- e. Preparación preoperatoria estricta del paciente: el baño del paciente, el recorte de uñas y el recorte del vello pubiano, antes de traslado a SOP.
- f. Enfatizar en el cumplimiento de la Guía de procedimiento de la limpieza y desinfección de superficies (incubadoras, cunas, balanzas, coche de curaciones, entre otros). Los equipos tendrán una limpieza y desinfección terminal según norma y la limpieza de superficies a diario con desinfectantes adecuados.
- g. El personal médico, enfermera y técnico debe ser exclusivo para Cirugía neonatal y cuidados intermedios, para evitar contaminación por contacto.
- h. Cumplimiento estricto de técnica aséptica cerrada en todo procedimiento invasivo.
- i. Uso obligatorio del respirador como medida de protección respiratoria para TBC en el personal de salud.
- j. Cumplimiento del aforo recomendado, para familiares y alumnos.

4. En Emergencia

- a. Implementación en el lavamanos del reloj de control del tiempo de lavado de manos clínico.
- b. Implementar el dispensador fijo de alcohol gel en cada ambiente de la emergencia.

- c. Uso obligatorio del respirador como medida de protección respiratoria para TBC en el personal de salud.
- d. En la Emergencia obstétrica la preparación preoperatoria estricta del paciente: higiene de la paciente, preparación intestinal, recorte del vello pubiano, antes de traslado a SOP.

5. En el Comedor Institucional

- a. Prohibición de ingresar al comedor institucional portando el vestuario verde de SOP. Su cumplimiento estará a cargo del personal responsable del Servicio de Nutrición y/o Comedor.
- b. Prohibición de ingresar al comedor institucional portando material, insumos y equipos biomédicos (estetoscopio, pantoscopio, tensiómetro, etc.).
- c. Lavado de manos social por parte del personal asistencial antes y después de entrar en contacto con los utensilios conteniendo los alimentos a ser ingeridos.

MINISTERIO DE SALUD
Instituto de Gestión de Servicios de Salud - IGSS.
HONADOMANI "San Bartolomé"

[Handwritten Signature]

Dr. Américo Sandoval Lara
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
C.M.P. 21551 - R.N.E. N° 23298

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE - NIÑO
SAN BARTOLOME
Dpto. de Emergencias y C.C.

CARLOS BAZAN MENDOZA
Médico Jefe
C.M.P. 17810 - R.N.E. 12426

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

DANNY CHEZ GARCÉS
Jefe d
Módulo de Logística Pediátrica
C.M.P. 34453 - R.N.E. 8714

[Handwritten Signature]

WILFREDO GALANFIESTAS
GI
C.M.P. 21251 - R.N.E. 17525

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

LIC. SOCORRO TERRES
Enf. de Control de Infecc.
C.E.P. 16605

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"

LIC. EVELIANA GONZALEZ ESPINOZA
C.E.P. 15282
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"

DR. PEDRO NABU QUERPA
Médico Jefe de Emergencias y C.C.

HONADOMANI "SAN BARTOLOME" - HIMS
Servicio de Cuidados Críticos del Neonato

CELSO HUARCAYA HUAYPAR
Médico Asistente Neonatólogo
C.M.P. 24353 - R.N.E. 16939

Dr. Francisco Campos
C.M.P. 23301
PEDIATRIA
Enfermedades Infecciosas
R.N.E. 14528 y 14529

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

RAUL URQUIZO ARETEGU
Médico Jefe de Departamento
C.N.R. 10540 - R.N.E. 3845

El Presente Documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Que He Tenido a la Vista

Sra. Lidia Cristina Alache Pérez
FEDATARIO
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
FECHA.....21 ABR. 2015.....