



10616



Nº. 0041-DG-HONADOMANI-SB/2016

Resolución Directoral

Lima, 17 de FEBRERO de 2016

Visto, el Expediente N° 01361-16;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en la Ley N°26842, Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales del Título Preliminar, IV. La Salud Pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;

Que, el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud";



Que, mediante Decreto Supremo N° 021, se aprobó la Directiva Sanitaria para la Supervisión al Sistema de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias con R.M N° 179-2005/MINSA, se aprobó la "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias"; y con R.M. N° 366-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad, con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012;

Que, mediante Informe Técnico N° 022-2016-CMI-DA-HONADOMANI-SB, de fecha 11 de febrero de 2016, la Coordinadora de Monitoreo Institucional, se dirige al Director Adjunto y remite el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Obtención de Salud y Bioseguridad HONADOMANI "San Bartolomé" y manifiesta que cuenta con Opinión Favorable por encontrarse concordante con las Normas Vigentes;

Que, con Nota informativa N° 040-16-OESA-HONADOMANI-SB de fecha 26 de enero de 2016, el jefe de la oficina de Epidemiología y Salud Ambiental informa al Director General y solicita se sirva disponer la oficialización del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de Salud y Bioseguridad HONADOMANI "San Bartolomé", vía acto resolutorio;

Que, mediante Nota Informativa N° 014.DA.HONADOMANI.SB.2016, de fecha 12 de febrero de 2016, el Director Adjunto del HONADOMANI-SB, pone de conocimiento al Director General del HONADOMANI-SB, el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS y Bioseguridad 2016 del HONADOMANI.SB, que fue revisado y evaluado, y solicita la aprobación y oficialización por medio de Resolución Directoral;

Que, mediante Memorandum N° 0078.DG.HONADOMANI.SB.2016, el Director General solicita se proyecte la Resolución Directoral que aprueba el Documento Técnico: Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de Salud y Bioseguridad HONADOMANI "San Bartolomé";





Con las visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En 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-SAVDM;

SE RESUELVE:



Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico: Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de Salud y Bioseguridad - HONADOMANI "San Bartolomé"; el cual consta en Catorce (14) folios, que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que el Comité de Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad 2016, implemente la difusión y cumplimiento del citado Plan en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del Plan aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
SAN BARTOLOME

Dr. EDUARDO W. NÁSQUEZ-PÉREZ
Directo General
CINE-31676 - RNE: 0307

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

RODOLFO MELCHOR ROSAMÁ GÓMEZ
SECRETARIO
Rev. N° Fecha: 18 FEB. 2016

- EWVP/JCVO/LCCS
- Cc.
- DA.
- OESA
- OAJ
- OEI
- Archivo



PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD Y BIOSEGURIDAD HONADOMANI “SAN BARTOLOMÉ”

2016

INSTITUTO DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE SALUD
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"
MED. AMÉRICO SANDOVAL LARA
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

INDICE:

INTRODUCCION.....	03
FINALIDAD.....	04
DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.....	04
META.....	06
OBJETIVOS.....	06
BASE LEGAL.....	07
AMBITO DE APLICACIÓN.....	08
CONTENIDO	08
FINANCIAMIENTO	10
MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES	10
RESPONSABLES.....	11
BIBLIOGRAFIA.....	11
ANEXO A.....	11
ANEXO B.....	12

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HONADOMANI - SAN BARTOLOME



1.- INTRODUCCION:

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) anteriormente denominadas Infecciones Intrahospitalarias 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, siendo el caso de la endometritis puerperal asociado a cesárea e infección de sitio operatorio (ISO) asociado a cesárea que presentan un incremento de la tasa en relación al año 2014, a diferencia de la infección del torrente sanguíneo asociado a CVC y endometritis puerperales asociadas a parto vaginal, que presentaron tasas menores al 2014, pero aun nos mantenemos por encima del promedio Nacional y Categoría de Establecimiento III-1.

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 Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" se realiza la vigilancia activa y selectiva de las infecciones asociadas a la atención en salud 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 qué 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 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 asociadas a la atención de salud a través del compromiso de la gestión para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia prevención y control 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 infecciones.

3.- DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD:

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 12,477 egresos para el año 2015. Se tiene una Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud para el año 2015 de 5,5/100 pacientes hospitalizados, siendo esta mayor a la presentada en el 2014 (8,5) y menor a la presentada en el 2013 (5,6). En cuanto a la incidencia de IAI tenemos que la endometritis puerperal asociada a cesárea, para el 2015 presenta una tasa de 3,9/100 cesáreas, siendo mayor a la presentada en el 2014 (2,9), y en el 2013 (3,5), así mismo nos encontramos por arriba del Promedio Nacional y de la Categoría de Establecimiento III -1 con 0,49 y 0,88 respectivamente.

La tasa de infección de sitio operatorio (ISO) asociada a cesárea, para el 2015 es 3,3/100 cesárea, encontrándonos por arriba del promedio nacional (1,20) y de la categoría de Establecimiento III-1 (1,51) y por arriba de la tasa presentada en el 2014 (3,2).

En cuanto a la incidencia de endometritis puerperal asociada a parto vaginal para el 2015 se presenta una tasa de 0,6/100 partos vaginales, siendo está menor a la presentada en el 2014 (0,9), pero, encontrándonos por arriba del Promedio Nacional (0,23) y de la Categoría de Establecimiento III-1 (0,32),

La Infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociado al uso de Catéter Venoso Central (CVC) para el 2015 presenta una tasa de 7,1/1000 días catéter, siendo esta menor a la presentada en el 2014 (9,9), así mismo nos encontramos por arriba del Promedio Nacional (4,9) y a la Categoría de Establecimiento III-1 (4,97). Ver cuadro.

Incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y tipo de Infección

Tipo de Infección	Tasa 2011	Tasa 2012	Tasa 2013	Tasa 2014	Tasa 2015	Incidencia Promedio Nacional	Incidencia según Categoría EESS III-1
ITS / CVC en UCI de Neonatología (*)	13,3	10,8	8,6	9,9	7,1	4,9	4,97
Endometritis puerperal / parto vaginal (+)	1,0	0,7	0,9	0,9	0,6	0,23	0,32
Endometritis puerperal / Cesárea (+)	1,2	1,7	3,5	2,9	3,9	0,49	0,88
ISO / Cesárea (+)	1,6	2,5	2,4	3,2	3,3	1,20	1,51

(*) 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 clínico en el Centro Obstétrico durante el primer semestre del 2015 fue del 52% observándose un aumento en la adherencia al lavado de manos en un 35% en relación a la obtenida el año 2014. En relación a los accidentes de exposición a sangre y fluidos corporales, durante el año 2015 se reportaron 15 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 2016 se considera importante continuar realizando actividades de prevención de ITS/CVC, ya que en el 2015 se ha disminuido la tasa en 28.3% con respecto al 2014, así mismo debemos 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 asociada a cesárea ya que se ha presentado un incremento de 3.1% de la tasa en el 2015 (3.3) con respecto al 2014 (3.2), así mismo se realizarán actividades para continuar con la tendencia decreciente de la endometritis puerperal asociada a parto vaginal. En relación a la endometritis asociada a Cesárea la tasa se ha incrementado en un 34.5% respecto al año 2014 (2.9).

En relación a las actividades de capacitación coordinación y supervisión durante el 2015 se realizaron reuniones con los jefes de departamentos y servicios lográndose el compromiso para la prevención y control de IAAS, así mismo se realizaron actividades de capacitación a través de talleres a médicos 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, mecanismo de transmisión de las infecciones y las medidas de aislamiento, 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". 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, así mismo se evaluó el cumplimiento de la profilaxis antibiótica en cesáreas.

Para el año 2016 se va a plantear estrategias que incluyen la planificación, ejecución y supervisión de actividades coordinadas con las respectivas jefaturas de Departamentos y servicios 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 proceso continuo para la disminución de las infecciones nosocomiales, así mismo actividades específicas para disminuir la 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 las IAAS sujetas vigilancia epidemiológica y en especial la densidad de incidencia de la ITS asociada a CVC en UCI de Neonatología.

5.- OBJETIVOS:

Objetivos Generales

- Reducir la incidencia de infecciones asociadas a la atención de salud 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 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 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.
- Coordinar con los jefes de departamentos y servicios para que asuman su responsabilidad en continuar con la sensibilización y supervisión del personal a su cargo en el cumplimiento de las medidas generales de prevención y control de infecciones intrahospitalarias: lavado de manos, técnica aséptica, aislamiento hospitalario y prevención de accidentes por punzo cortantes y tuberculosis, así como de las medidas específicas para cada tipo de infección.
- Actualizar y difundir la norma sobre instalación y manejo de CVC.
- Supervisar conjuntamente con las jefaturas el cumplimiento de las medidas de prevención y control de infección del torrente sanguíneo asociado a CVC, Infección de Sitio Operatorio (ISO) asociada a cesárea, y endometritis puerperal asociado a cesárea y parto vaginal.
- Comprometer a la gestión para continuar apoyando a la Vigilancia Prevención y Control de las IAH, de los Accidentes Biológicos Laborales y de la tuberculosis.

4.- BASE LEGAL:

- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, aprueba "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Técnicos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA, aprueba Documento Técnico: "Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009 – 2012".
- Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA, aprueba "Directiva Sanitaria para la Supervisión al Sistema de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias".
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, aprueba "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias"
- Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA, aprueba "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias"

- Resolución Ministerial N°753-2004/MINSA, aprueba “Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias”
- Resolución Directoral N° 0160-DG-HONADOMANI-SB/2015, aprueba “Medidas de Intervención para la Reducción de las Infecciones Intrahospitalarias”.

5.- AMBITO DE APLICACIÓN:

Personal de salud asistencial, administrativo y personal de limpieza de todos los servicios del Hospital “San Bartolomé”.

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 e infección de sitio operatorio asociada 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, higiene de manos y 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. Aislamiento Hospitalario.
4. 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 sangre y fluidos corporales.
3. Aislamiento hospitalario.
4. Antibioprolaxis en cesárea.
5. Uso racional de antimicrobianos.
6. Uso de Antisépticos y desinfectantes.

7. 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 IAH, 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 Salud Ambiental.

e) Desarrollo y/o Participación en Estudios de Investigación:

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

f) Desarrollo de Actividades de Capacitación:

1. Capacitación al Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS en práctica de prevención y control de IAAS.
2. Capacitación al Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS en el uso de “Care Bundle” o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS.
3. Capacitación al Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS, en el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes y mezclas parenterales.
4. Se aplicará la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos en la unidad de cuidados intensivos de neonatología, Ginecoobstetricia Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico en coordinación con las jefaturas de las áreas involucradas y el Equipo Especializado en Bioseguridad del Departamento de Enfermería.
5. Capacitación y aplicación de la norma de lavado de manos tipo clínico, en los diferentes servicios: hospitalización, UTIP, UCI Materna, emergencia, consultorios externos y laboratorio y lavado tipo quirúrgico en Sala de Operaciones.
6. Capacitación sobre medidas de prevención de endometritis asociado a parto vaginal, ISO y endometritis asociado a cesárea.
7. Capacitación y aplicación de la norma para la colocación y mantenimiento de catéter venoso central.
8. Otras capacitaciones de interés institucional: Mecanismo de transmisión de las infecciones, aislamiento hospitalario, técnica aséptica, manejo de punzo cortantes y de accidentes biológicos.

9. Realizar reuniones técnicas con el personal de los servicios: médicos, enfermeras, obstetras, personal técnico en relación a la problemática de IAAS, así como de las Medidas de Prevención y Control de las mismas.
10. Elaboración de videos institucionales sobre medidas generales y específicas para la prevención de IAAS.

g) Supervisión de prácticas de atención:

Se realizará monitoreo y supervisión de la aplicación de la Estrategia multimodal de Higiene de Manos en coordinación con el Equipo especializado en Bioseguridad del Departamento de Enfermería y jefaturas de servicios.

También se supervisará las siguientes prácticas de atención: Higiene de manos clínico y quirúrgico, colocación y manejo del catéter venoso central, manejo y eliminación de punzo cortantes, Preparación pre-operatoria y antibiopprofilaxis 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 de prácticas de atención para la prevención de IAAS.
- b. Aplicación de Pautas de Supervisión Vigentes.
- c. Análisis de la Supervisión de las prácticas de atención para la prevención de IAAS.
- 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 o persona responsable de los diferentes servicios del hospital, para favorecer el involucramiento pleno del personal, sobretodo de los servicios priorizados.

7.- FINANCIAMIENTO

La institución asignará los recursos necesarios para la ejecución de actividades del presente plan en cumplimiento a la Programación planteada por el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).

8.- MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES

Se realizará a través de los Miembros del Comité de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

9.- RESPONSABLES:

Son responsables de la implementación del presente Plan:

1. Dirección General
2. Dirección Adjunta
3. Dirección Ejecutiva de Administración – Oficina de Personal – Unidad de Capacitación.
4. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
5. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental – Unidad de Vigilancia de IIH
6. Comité de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
7. Jefaturas de Departamentos y Servicios Asistenciales

10.- BIBLIOGRAFIA

1. Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, MINSA. Perú 2015.
2. Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, MINSA. Perú 2004.
3. Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias, MINSA. Perú 2004.
4. Plan Nacional de Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con Énfasis en la Atención Materna y Neonatal 2009 – 2012, MINSA. Perú 2009.
5. Guía Técnica para la evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, MINSA, Perú 2007.

11.- ANEXO A. FORMATOS

- 1.- 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.
- 2.- 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.
- 3.- 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.
- 4.- Ficha de monitoreo de cumplimiento de profilaxis antibiótica en cesárea. Se adjunta
- 5.- Lista de chequeo para lavado de manos clínico. Se adjunta
- 6.- Lista de chequeo para Lavado de Manos Quirúrgico. Se adjunta
- 7.- Lista de chequeo de materiales e insumos para la prevención de IIH y Bioseguridad. Se adjunta

12.- ANEXO B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2016

N°	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	
2	Limitada Gestión del Comité de IIH en vigilar el cumplimiento de normatividad de PC de IAAS y de los ABL, elaboración y difusión del diagnóstico situacional institucional y por servicios de IAAS, impulsar la participación del personal en estrategias de intervención en IAAS, coordinar con servicios y otros comités	Socializar el diagnóstico situacional de las IAAS y ABL en el Hospital San Bartolomé..	2 Reuniones (Semestral)	% de reuniones realizadas.	Oficina de Epidemiología, Comité de VPCIAASyB.	X		X	
		Coordinar y realizar reuniones con los servicios y comités involucrados	4 reuniones	% de reuniones realizadas.	Ofic. de Epidemiología y Comité de VPCIAASyB.	X	X	X	X
		Elaborar norma sobre Aislamiento Hospitalario institucional	1	Norma elaborada y aprobada	Oficina de Epidemiología y Comité de VPCIAASyB		X	X	
		Actualizar y difundir Guía de Punzocortantes	1	Guía actualizado	Comité de VPCIAASyB y Ofic. De Epidemiología		X	X	
		Elaborar e implementar el plan de supervisión de prácticas de atención para la prevención de IAAS	1 Plan	Plan implementado	Comité de VPCIAASyB y Of. Epidemiología	X	X	X	X
3	Inadecuado abastecimiento de insumos y materiales para la PC de IAAS.	Cumplir con las especificaciones técnicas para la adquisición y abastecimiento de insumos y materiales para la PC de IAASyB.	80% de Materiales e insumos que se adquieren cumplen las especificaciones técnicas.	% de Materiales e insumos adquiridos que cumplen las especificaciones técnicas.	Comité de VPCIAASyB, Administración/Logística.	X	X	X	X
		Garantizar la dotación de insumos necesarios para la Prevención y Control de IAAS, en forma oportuna y permanente. (Se utilizará lista de chequeo de materiales e insumos)	100% de Insumos y materiales distribuidos en plazos establecidos.	% de insumos y materiales distribuidos oportunamente en los servicios.	Administración/Logística, Servicio de Farmacia y Comité de VPCIAASyB.	X	X	X	X
4	Capacitación insuficiente del personal asistencial en la VPC de las IIH	Elaborar y difundir video de procedimientos de prevención de IIH: Técnica aséptica	1 video	video realizado y difundido	Of. Epidemiología, Of. Docencia e Inv., Of. Comunicaciones, Of. Estadística e Informática.		X	X	X
		Coordinar con jefaturas de servicios reuniones de capacitación.	24 coordinaciones	% de coordinaciones realizadas	Comité de VPCIAASyB	X	X	X	X
		Capacitación al personal en temas como: lavado de manos, técnica aséptica, aislamiento y otros.	24 Cursos, talleres o charlas realizadas.	% de Cursos realizados.	Comité de VPCIAASyB y Unidad de Capacitación.	X	X	X	X
		Aplicar la estrategia Multimodal de Higiene de Manos en UCIN y Dpto de Ginecoobstetricia y Centro Quirúrgico	08 informes	% de informes presentados	Comité de VPCIAASyB, Dpto Enfermería Epidemiología Jefaturas de servicios		X	X	X

Documento Técnico: Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Bioseguridad 2016

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2016

Nº	PROBLEMAS PRIORIZADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	META	INDICADOR	RESPONSABLES	PLAZOS			
						I	II	III	IV
5	Uso no racional de Antimicrobianos	Fortalecer al equipo evaluador de ATM de uso restringido, en reuniones de sensibilización, sobre uso racional de ATM.	2 Reuniones	% Reuniones	Director General, Of. Epidemiología Infectólogo, Jefe de Microbiología, Comité de VPCIAASyB y Comité		X	X	
		Difusión del mapa microbiológico institucional	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 parto vaginal por arriba del promedio nacional	Monitoreo del cumplimiento de la antibioprofilaxis en cesárea.	1 informes de Monitoreo	% de informes presentados			X		
		Realizar capacitación sobre medidas de prevención de infección de Sitio Operatorio y endometritis en Cesárea y endometritis en parto vaginal	2 capacitaciones	% de capacitaciones realizadas	Jefatura de Dpto y servicio de GinecobsL, Comité de VPCIAASyB		X	X	
		Aplicar lista de chequeo de cumplimiento de higiene de manos, baño de paciente y recorte de vello	90	% de listas de chequeo aplicadas			X	X	
7	Desconocimiento de los casos de Tuberculosis en personal de la institución	Coordinar con responsable de Estrategia Sanitaria de TBC y Oficina de personal.	4 coordinaciones	% de coordinaciones realizadas	Jefe de Ofc., Epidemiología y Estrategia de TBC, Enfermera de VPCIAAS	X	X	X	X
		Realizar vigilancia de cumplimiento de normas de Bioseguridad y medidas de prevención para tuberculosis.	2 Informes	% de informes presentados			X		X
8	Necesidad de realizar estudios de investigación como herramienta para mejorar y orientar medidas de prevención en IAAS	Realizar estudio de Prevalencia de IAAS	1 Estudio	Estudio realizado					X
		Realizar estudio relacionado a la vigilancia, prevención, factores de riesgo o costos de IAAS: ITS, ISO, endometritis o Brotes.	1 Estudio	Estudio realizado	Of. De Epidemiología, Comité de VPCIAASyB, jefatura de servicios				
9	Escaso monitoreo y supervisión para el cumplimiento del Plan Anual de VPCIAASyB de la institución.	Realizar Autoevaluación de IAAS	1	% Autoevaluaciones realizadas.	Comité de VPCIAASyB		X		
		Supervisión semestral del cumplimiento del Plan Anual de VPCIAASyB de la institución.	2	% de Supervisiones realizadas.	Comité de VPCIAASyB		X		X
10	Necesidad de Fortalecer el Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Bioseguridad	Capacitación realizadas a los equipos de vigilancia, prevención y control de IAASyB.	2 Informes	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y control Integral de IAASyB capacitados	Comité de VPCIAASyB Administración/Of. Personal		X		X
		Conformación del Equipo de los avances del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS y Bioseguridad.	2 Informes	Dos (02) Informes de Implementación del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de IAASyB	Comité de VPCIAASyB		X		X
		Avances de la implementación del monitoreo, evaluación y supervisión del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de IAASyB.	2 Informes	Dos (02) Informes de Implementación del Comité de Vigilancia, Prevención y Control de IAASyB	Comité de VPCIAASyB		X		X
		Capacitaciones realizadas a los equipos de vigilancia, prevención y control de IAASyB.	2 Informes	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de IAASyB capacitados en prácticas de prevención y control de las IAAS basadas en evidencia	Comité de VPCIAASyB Administración/Of. Personal		X		X
		Autoevaluaciones realizadas a los equipos de vigilancia, prevención y control de IAASyB y por la evaluación externa del IGSS.	2 Informes	Dos (02) Informes de evaluación a los Equipos de Vigilancia, Prevención y Control de IAASyB	Comité de VPCIAASyB		X		X

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2016

N°	PROBLEMAS PRIORIZADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	META	INDICADOR	RESPONSABLES	PLAZOS			
						I	II	III	IV
11	Necesidad de Fortalecer la Implementación de prácticas de vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.	Capacitaciones realizadas a los equipos de vigilancia, prevención y control de IAASyB sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS	2 Informes	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y control de IAASyB capacitados en el Uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia	Comité de VPCIAASyB Administración/Of. Personal		X		X
		Monitoreo, evaluación y supervisión del plan "Una atención limpia es una atención segura".	2 Informes	Cuatro (04) Informes de evaluación y supervisión de la práctica de higiene de manos en los establecimientos de salud	Comité de VPCIAASyB	X	X	X	X
12	Necesidad de Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.	Capacitaciones realizadas a los equipos de vigilancia, prevención y control de IAASyB.	2 informes	≥ 90% de Personal de Salud integrante del Equipo de Vigilancia, Prevención y control de IAASyB capacitados en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales	Comité de VPCIAASyB Administración/Of. Personal		X		X
		Autoevaluaciones realizadas a los equipos de vigilancia, prevención y control de IAASyB en el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes y mezclas parenterales.	2 Informes	Dos (02) Informes de evaluación a los Equipos de Vigilancia, Prevención y Control de IAASyB	Comité de VPCIAASyB		X		X

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HONOLUWANI, SAN BARTOLOME

MED. AMÉRICO SANDOVAL LARA
Oficina de Organización, Metodología y Salud Ambiental