

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



N° 040 -DG-HONADOMANI-SB-2017



## Resolución Directoral

Lima, 24 de Enero de 2017

Visto, el Expediente N° 00862-17;

### 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, con Nota informativa N° 011-17-OESA-HONADOMANI-SB de fecha 18 de enero de 2017, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental remite al Director Adjunto el Documento Técnico: **Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Bioseguridad HONADOMANI "San Bartolomé" 2017**; asimismo, informa que el Plan permitirá contribuir a través de sus acciones a reducir las infecciones asociadas a la atención de salud; por lo que solicita su aprobación vía acto resolutivo;

Que, mediante Informe Técnico N° 012-2017-CMI-DA-HONADOMANI-SB, de fecha 24 de enero de 2017, la Coordinadora de Monitoreo Institucional, se dirige al Director Adjunto y remite el Documento Técnico: **Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Bioseguridad HONADOMANI "San Bartolomé" 2017** y manifiesta que cuenta con Opinión Favorable por estar concordantes en estructura y contenido, recomendando la emisión de la Resolución Directoral;

Que, mediante Memorando N° 026.2017-DA-HONADOMANI-SB de fecha 24 de Enero de 2017, el Director Adjunto del HONADOMANI-SB, pone de conocimiento al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica el Documento Técnico: **Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Bioseguridad HONADOMANI "San Bartolomé" 2017**, que fue revisado, evaluado y aprobado, solicitando proyectar la Resolución Directoral;

Con la visación de la Dirección Adjunta 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 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Jefatural N° 157-2016/IGSS, de fecha 11 de marzo del



2015, y de la Resolución Ministerial N° 001-2002-3-AyOEM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

**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" 2017; el cual consta en Trece (13) folios, que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.



**Artículo Segundo.-** Disponer que el Comité de Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad 2017, 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](http://www.sanbartolome.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOMÉ  
.....  
DR. EDUARDO W. GARCÍA PÉREZ  
Director General  
CNP: 1053, RNP: 6307

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

SR. RODOLFO WELCHOR ANICAMA CÓMEZ  
FEDATARIO 27 ENF 2017  
Reg N° ..... Fecha .....

EWVP/JCVO

Cc

- DA
- OESA
- OAJ
- OEI
- Archivo

Ministerio  
de Salud

HONADOMANI  
"San Bartolomé"

Oficina de  
Epidemiología y  
Salud Ambiental

# 2017

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

**MED. AMÉRICO SANDOVAL LARA**  
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental  
CASA 1463 TEL. 23298

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCION .....                                                       | 03 |
| FINALIDAD .....                                                          | 04 |
| DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS<br>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<br>DE LAS ACTIVIDADES .....          | 10 |
| RESPONSABLES.....                                                        | 11 |
| BIBLIOGRAFIA.....                                                        | 11 |
| ANEXO A.....                                                             | 11 |
| ANEXO B.....                                                             | 12 |

MED. AMÉRICO SANDOVAL LARA  
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental  
C.M.B. 01-01-98F 03796





## 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 encima del promedio de la categoría III-1, siendo el caso de la endometritis puerperal asociado a cesárea e infección de sitio operatorio (ISO) asociado a cesárea, a diferencia de la endometritis puerperales asociadas a parto vaginal que presenta una disminución pero aún por encima del promedio para la categoría III-1. En cambio, la infección del torrente sanguíneo asociado a CVC en UCI neonatal presenta una disminución de su tasa por debajo del promedio para la categoría 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 del MINSA, que es la disminución de las infecciones intrahospitalarias en los establecimientos de salud.

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HONADOMANI SAN BARTOLOME

MED. AMÉRICO SANDOVAL LARA  
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental  
C. M. P. 21159 RNE 73296



## **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 (IAAS):**

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 12,816 egresos para el año 2016. Se tiene una Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud para el año 2016 de 5,9/100 pacientes hospitalizados, siendo esta ligeramente mayor a la presentada en el 2015 (5,5) y menor a la presentada en el 2014 (8,5). En cuanto a la incidencia de IIH tenemos que la endometritis puerperal asociada a cesárea, para el 2016 presenta una tasa de 2,7/100 cesáreas, siendo menor a la presentada en el 2015 (3,9), y en el 2014 (2,9), así mismo nos encontramos por arriba del Promedio Nacional y de la Categoría de Establecimiento III -1 con 0,42 y 0,70 respectivamente.

La tasa de infección de sitio operatorio (ISO) asociada a cesárea, para el 2016 es 2,9/100 cesárea, encontrándonos por arriba del promedio nacional (1,20) y de la categoría de Establecimiento III-1 (1,45) y por debajo de la tasa presentada en el 2015 (3,3).

En cuanto a la incidencia de endometritis puerperal asociada a parto vaginal para el 2016 se presenta una tasa de 0,5 /100 partos vaginales, siendo está menor a la presentada en el 2015 (0,6), pero, encontrándonos ligeramente por encima del Promedio Nacional (0,18) y de la Categoría de Establecimiento III-1 (0,29),

Las Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica en la UCI Neonatal para el año 2016, presenta una tasa de 7,5/1000 días V.M., mayor al promedio para la categoría III-1 (4,81) y a la tasa presentada en el 2015 (3,1).

La Infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociado al uso de Catéter Venoso Central (CVC) para el 2016 presenta una tasa de 4,3/1000 días catéter, siendo esta menor a la presentada en el 2015 (7,1), así mismo nos encontramos por debajo del Promedio Nacional (5,51) y de la Categoría de Establecimiento III-1 (5,47). 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 | Tasa 2016 | 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       | 4,3       | 5,51                         | 5,47                                  |
| Endometritis puerperal / parto vaginal (+) | 1,0       | 0,7       | 0,9       | 0,9       | 0,6       | 0,5       | 0,18                         | 0,29                                  |
| Endometritis puerperal / Cesárea (+)       | 1,2       | 1,7       | 3,5       | 2,9       | 3,9       | 2,7       | 0,42                         | 0,70                                  |
| ISO / Cesárea (+)                          | 1,6       | 2,5       | 2,4       | 3,2       | 3,3       | 2,9       | 1,20                         | 1,45                                  |

(\*) 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 segundo semestre del 2016 fue del 41.5% observándose una disminución en la adherencia al lavado de manos en un 4.6% en relación a la obtenida en el primer semestre. En relación a los accidentes de exposición a sangre y fluidos corporales, durante el año 2016 se reportaron 23 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 post grado que muchas veces desconocen e incumplen las normas.

Para el 2017 se considera importante continuar realizando actividades de prevención de ITS/CVC, para mantenernos en el promedio para la categoría III-1 (5,47), ya que en el 2016 se ha disminuido la tasa en 39.4% con respecto al 2015, 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. En cuanto al área de obstetricia para el presente año se priorizarán actividades en relación a la prevención de ISO asociada a cesárea para acercarnos al promedio para la categoría III-1 (1,45) a pesar que se ha presentado una disminución de 12.1% de la tasa en el 2016 (2,9) con respecto al 2015 (3.3), 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 ha disminuido en un 30.8% respecto al año 2015 (3.9). VM

En relación a las actividades de capacitación coordinación y supervisión durante el 2016 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 2017 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 asociadas a la atención de salud, 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:**

En el caso de la ITS asociada a CVC en la UCI de Neonatología, mantenernos en el valor referencial para la categoría de establecimiento III-1 (5,47).

Disminuir en 10% la Tasa de incidencia de las IAAS sujetas vigilancia epidemiológica (Endometritis puerperales en Partos Vaginales y Cesáreas, Infecciones del Sitio Operatorio en partos por cesárea y Neumonía asociada a Ventilación Mecánica).

#### **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, endometritis puerperal asociada a cesárea y parto vaginal, y neumonías asociada a ventilación mecánica.
- 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, infección de sitio operatorio asociada a cesárea y neumonía asociada a ventilación mecánica, del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; también se continuará la supervisión con ficha de cotejo de las medidas de prevención de IAAS en el uso de Catéter venoso central, en el uso del ventilador mecánico, 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. Procedimientos de prevención y control de las IAAS

#### **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. Antibiopprofilaxis en cesárea.
4. Uso racional de antimicrobianos.
5. Uso de Antisépticos y desinfectantes.
6. 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 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, UCI neonatal, 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. Otras capacitaciones de interés institucional: Mecanismo de transmisión de las infecciones, aislamiento hospitalario, técnica aséptica, manejo de punzo cortantes y de accidentes biológicos.
8. 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.

9. 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 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 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.

## **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.

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HONOLULU, SAN BARTOLOME

MED. AMÉRICO SANDOVAL LARA  
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental  
C.M.P. 21551 RNE 23096





## 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 y Bioseguridad.
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 2017

| N° | PROBLEMAS PRIORIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ALTERNATIVAS DE SOLUCION                                                                                                                                                   | META                                                                                | INDICADOR                                                                       | RESPONSABLES                                                                                         | PLAZOS |    |     |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----|----|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                                 |                                                                                                      | I      | II | III | IV |
| 1  | 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, Elaborar informe de coordinar con servicios y otros comités | Socializar el diagnóstico situacional de las IAAS y ABL en el Hospital San Bartolomé..                                                                                     | 12 Reuniones                                                                        | % de reuniones realizadas.                                                      | Oficina de Epidemiología, Comité de VPCIAASyB.                                                       | X      | X  | 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  |
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Actualizar y difundir Guía de Punzocortantes                                                                                                                               | 1                                                                                   | Guía actualizado                                                                | Comité de VPCIAASyB y Ofic. De Epidemiología                                                         | X      |    |     |    |
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Elaborar informe de supervisión de practicas de atención para la prevención de IAAS                                                                                        | 4 Informe                                                                           | Supervisión desarrollado                                                        | Comité de VPCIAASyB y Of. Epidemiología                                                              | X      | X  | X   | X  |
| 2  | 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  |
| 3  | 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  |     |    |
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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.                                                                            | 12 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   | X  |
| 4  | 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      |    |     |    |
| 5  | 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 antibioprolaxis en cesárea.                                                                                                               | 1 informes de Monitoreo                                                             | % de informes presentados                                                       | Jefatura de Dpto y servicio de Ginecobst, Comité de VPCIAASyB                                        |        | 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  |



Documento Técnico: Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Bioseguridad 2017

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2017

| N° | PROBLEMAS PRIORIZADOS                                                                                                                                                | ALTERNATIVAS DE SOLUCION                                                                                                                                                       | META      | INDICADOR                                                                                                                                                            | RESPONSABLES                                                     | PLAZOS |    |     |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------|----|-----|----|
|    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                                                                                      |                                                                  | I      | II | III | IV |
| 6  | 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                                                                                                                                                    | Of. De Epidemiología, Comité de VPCIAASyB, jefatura de servicios |        |    |     | X  |
|    |                                                                                                                                                                      | Realizar estudio relacionado a la vigilancia, prevención, factores de riesgo o costos de IAAS: ITS, ISO, endometritis o Brotes.                                                | 1 Estudio | Estudio realizado                                                                                                                                                    |                                                                  |        |    |     | X  |
| 7  | 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  |
| 8  | Necesidad de Fortalecer el Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Bioseguridad                            | Capacitación realizada al equipo de vigilancia, prevención y control de IAASyB (20 personas)                                                                                   | 1 Informe | Equipo de Vigilancia, Prevención y control Integral de IAASyB capacitados                                                                                            | Comité de VPCIAASyB Administración/Of. Personal                  |        | X  |     |    |
|    |                                                                                                                                                                      | Capacitación realizada al equipo de vigilancia, prevención y control de IAASyB (20 personas)                                                                                   | 1 Informe | 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  |     |    |
| 9  | Necesidad de Fortalecer la Implementación de prácticas de vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia. | Capacitación realizada al equipo de vigilancia, prevención y control de IAASyB sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS (20 personas) | 1 Informe | 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  |     |    |
| 10 | Necesidad de Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.                                              | Capacitación realizada al equipo de vigilancia, prevención y control de IAASyB (20 personas).                                                                                  | 1 Informe | 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  |     |    |

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HONOLULU - SAN BARTOLOME

MED. AMÉRICO SANDOVAL LARA  
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental  
C. P. 23296

