



PERÚ

Ministerio
de Salud

Módulo 6

GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES





PERÚ

Ministerio
de Salud

Módulo 6

GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES



Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Gestión de Riesgos para la Prevención y Control de las Infecciones en Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales: Módulo 6 (Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2010.

90 p.; ilus.

CONTROL DE RIESGO/ CAPACITACIÓN, prevención & control ATENCIÓN AL PACIENTE / CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, organización & administración / OBSTETRICIA / NEONATOLOGÍA / ESTÁNDARES / CONTROL DE INFECCIONES / GESTIÓN EN SALUD

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-07621

ISBN: 978-9972-776-32-8

Documento Técnico Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. "Gestión de Riesgos para la Prevención y Control de las Infecciones en Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales: Módulo 6"

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

© MINSA, Setiembre 2010

Fotografías: MINSA, CARE Perú-Hospital Regional de Ayacucho

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801, Jesús María
Lima 11 - Perú
Teléfono: (511) 315 6600
<http://www.minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe

Primera edición
Tiraje: 1000 ejemplares

Diseño, diagramación e impresión
Publimagen ABC sac
Calle Collasuyo 125, Lima 28
publimagenabc@yahoo.es
Teléfono: (511) 526 9392

Versión digital disponible: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>
Versión en DVD Multimedia

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de las agencias de Cooperación Internacional que trabajan en el Perú. Tiene además la generosa contribución del pueblo de los Estados Unidos de América, USAID Perú; a través del Proyecto Calidad en Salud/USAID. USAID no comparte necesariamente las opiniones vertidas en esta publicación.

Derechos reservados.

La reproducción total o parcial de esta publicación está permitida siempre que se cite su procedencia y no tenga fines comerciales o de lucro.

Dr. ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

Dr. ELÍAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ
Vice Ministro de Salud

Dr. CARLOS MANUEL ACOSTA SAAL
Director General
Dirección General de Salud de las Personas

Dra. LUCY VIRGINIA DEL CARPIO ANCAYA
Coordinadora Nacional
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud
Sexual y Reproductiva

2010

EL MODELO DE INTERVENCIÓN FUE ELABORADO CON LA PARTICIPACIÓN DE:

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Carlos Manuel Acosta Saal
Dr. Orlando Martín Clendenes Alvarado
Dr. Edward Cruz Sánchez
Dr. Pedro Abad Barredo
Dr. Esteban Chiotti Kaneshima
Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Lic. Carmen Julia Carpio Becerra
Lic. Carmen Mayurí Morón
Lic. Marisol Campos Fanola
Lic. Ulalia Cárdenas Cruzatti
Lic. Marita de los Ríos Guevara
Lic. Neri Fernández Michuy
Lic. Sandra Barraza Soto
Lic. Doris Valdez Robles
Lic. Tatiana Ramírez Aldea
Dr. Manuel Núñez Vergara
Dr. Luis García Corcuera
Dr. Víctor Correa Tineo
Dr. Luis Alfonso Meza Santibañez
Dr. Luis Miguel León García
Dra. Fresia Cárdenas García
Dra. Rosa Vilca Bengoa
Dra. Graciela Zacarías Aguirre
Dra. María Pereyra Quiros
Ing. Dulcinea Zúñiga Abregú
Dra. Ariela Luna Flores
Dra. Janet Apac Robles
Dr. José Bolarte Espinoza
Dr. José Fernando Arias Robles
Dra. Nadia Martínez Jiménez
Dra. Ana Carmela Vásquez Quispe Gonzáles
Lic. Jessica Graña Espinoza
Lic. Elva Edith Huamán Ávila
Lic. Miriam Solís Rojas
Ing. Luis Enrique de la Cruz
Ing. Enrique Gómez Reyes
Lic. William Anchiraico Agudo
Lic. Judith Fabián Manzano
Lic. Olinda Yaringaño Quispe
Lic. Mila Villegas Pérez

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD OFICINA GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA

Lic. Gladys Garro Núñez

CENTRO DE SALUD INTERCULTURAL

Dr. Neptalí Cueva Maza
Dr. Pedro Ipanaque Luyo
Lic. Aura Rivas Chiroque
Lic. Doris Meneses Tutaya

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Dr. Jorge Corimanya Paredes

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Dr. Pedro Mascaro Sánchez
Dr. Julio E. Portella Mendoza
Dra. Tania Paredes Quiliche
Dra. Julia Rosmery Hinojosa Pérez
Dra. María Mur Dueñas
Dra. Marta Santillán Mercado
Dra. Carmen Rosa Dávila Aliaga
Dr. Juan Carlos Olivos Rengifo
Lic. Reyna Aranda Guillén

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Dr. Ángelo Pino Cárdenas

HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ

Dr. Santiago Cabrera Ramos

SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA

Dra. Luz Dodobara Sadamori
Dr. Raúl Urquiza Aréstegui

SOCIEDAD PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Nazario Carrasco Izquierdo
Dr. Alfonso Villacorta Bazán
Dr. Eduardo Maradiegue Méndez

REGIÓN AYACUCHO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO

Lic. Walter Bedriñana Carrasco
Dr. Percy Barrios Ramos
Dra. Flor de María Melgar Salcedo
Lic. Amadea Huamani Palomino
Lic. Ricardo Alcarraz Curi
Lic. Liliana Vásquez Zárate
Lic. Rosa Pomasonco Pomasonco
Lic. Milagritos Carrasco Arones
Lic. María Cleofé Cárdenas Cora
Lic. Janet Arce Hernández
Lic. Cleymer Bautista Prado
Lic. Absel Acori Tinoco

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

Dr. Jorge Rodríguez Rivas
Dr. Máximo Vega Alcázar
Dr. Pablo Salinas Alvarado
Dr. Sergio Mena Mujica
Dr. Víctor Hugo Salcedo
Dr. Jorge Cevallos Sáez
Dra. Marilú Obando Corzo
Dra. María Moquillaza Barrios
Dra. Irene Valencia Anglas
Dr. Juan Rondinelli Zaga
Dr. Alfonso Parra Aybar
Dr. Héctor Pari Pari
Dr. Antonio Sulca Báez
Lic. Janet Peñaloza Vargas
Lic. Haydeé Alarcón Castilla
Lic. Bacilia Vivanco Garfias
Lic. Norma Córdova Flores
Lic. Cresencia Palomino Mayhua
Lic. Elena Miranda Vilca
Lic. Luce Morán Martínez
Lic. Narda Acosta Tello
Lic. Lidia Janampa Gutiérrez
Lic. Yolanda Cueto Sulca
Lic. Martha Hurtado Ramírez
Lic. Haydee Bonifacio Fernández
Lic. Martha Carrasco Soto
Lic. Abigail Aramburú Castilla
Lic. Luz Muñoz Lázaro
Lic. Demetria Accpucclla Noriega
Lic. Celia Palomino Martínez
Lic. Zenaída Gutiérrez Fuentes
Lic. Serafina Pimentel Godoy
Lic. Ana Mávila Velarde - Álvarez
Lic. Fredy Fernández Valdivia
Lic. Rubén Achallma Galindo
Lic. Judith Gutiérrez Sulca
Lic. Catherine Rodríguez
Lic. María Fernández Cuti
Lic. Víctor Anchay Vergara
Lic. María Estela Solano Inca
Lic. Sabina Díaz Medina
Lic. María Bautista Gómez
Téc. Justiniano Barrientos

REDES DE SALUD

Lic. Josefina Montes Pérez, *C.S. Vilcashuamán*
Lic. Zulema Urbina Carrasco, *C.S. de San José de Secce*
Lic. Graciela Alca de la Cruz, *Hospital de Apoyo San Miguel*
Lic. Edith Toro Quinto, *Centro de Salud Huancapi*

REGIÓN ANCASH

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ANCASH

Dr. Edgar Caballero Cano
Dr. Javier Revilla Aguilar
Lic. Sonia Rodríguez Soto
Lic. Hugo Valentín Rodríguez
Lic. Mónica Luján Rodríguez
Lic. Tula Marilú Sáenz Uribe
Lic. Guisell Espinoza Castromonte

HOSPITALES

Dr. Alberto Peñaranda Tarazona, *Hospital V. Ramos Guardia*
Lic. Judith Dávila Bonilla, *Hospital La Caleta*
Lic. Rocío Coral Oliva Paredes, *Hospital Sihuas*
Lic. Jenny Cabrera Aquino, *Hospital Sihuas*
Dra. Celia J. Mendoza Loyola, *Hospital Sihuas*
Lic. Nancy Lozano Flores, *Hospital Wari*
Lic. María Bartolomé Maguiña, *Hospital de Huari*
Lic. Marlitt M. Huané Alvarado, *Hospital Carhuaz*
Lic. Katia Dávila Dávila, *Hospital de Casma*
Lic. Amelia Dextre Rosales, *Hospital de Huarmey*
Lic. Nancy López Vargas, *Hospital La Caleta*
Lic. Maritza Carranza Aguilar, *Hospital La Caleta*
Lic. Carmen Navarro Cáceres, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Miriam Ramos Tapia, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Julia Díaz Rosas, *Hospital Yungay*
Lic. Rosa Sáenz Durán, *Hospital de Caraz*
Lic. Galo Pachas Ríos, *Hospital Pomabamba*
Lic. Edith Salomé Vásquez de la Cruz, *Hospital La Caleta*
Lic. Zulema Alva Zurita, *Hospital de Pombamba*
Lic. Silvia Untiveros Palacios, *Hospital Recuay*
Lic. Zita Saavedra Alva, *Hospital La Caleta*
Lic. Cirila Cano Herrera, *Hospital E. Guzmán Barrón*
Lic. Rubén Blácido Gonzáles, *Hospital Recuay*
Lic. Noé Alva de la Cruz, *Hospital de Casma*
Lic. Miguel Santisteban Cárdenas, *Hospital Casma*
Lic. Flor Lezama Zavaleta, *Hospital de Caraz*
Lic. Jessi Cóndor Villanueva, *Hospital de Carhuaz*
Lic. Sandra Alvarado Tineo, *Hospital de Yungay*

REDES DE SALUD

Dr. Juan Carlos Peña Donayre, *Red Conchucos Sur*
Lic. Jorge Luis Cárdenas Díaz, *MR. San Marcos*
Lic. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa, *MR. Yugoslavia*
Lic. Amparo Soledad Maza Neyra, *Red Pacífico Sur*
Lic. María del Pilar Horna López, *Red Pacífico Norte*
Lic. Karin Príncipe Orosco, *Red Conchucos Norte*
Lic. Rina Marilú Horna Gonzáles, *Red Conchucos Sur*
Lic. Claudia Rodríguez Airac, *Red Conchucos Norte*
Lic. Amador Rojas Cárdenas, *Red Pacífico Sur*
Lic. Mercedes Miranda Vargas, *Red Conchucos Sur*

CARE ANCASH

PROYECTO EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Dr. Alfonso Medina Bocanegra
Lic. Flor de Liz Guerrero Milla
Lic. Víctor Olaza Maguiña
Lic. Carmen Rosa Gonzáles Reyes

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Dr. Jorge Díaz Herrera
Lic. Elizabeth Ahumada Ledesma

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Dr. Manuel Hermilio Acosta Chávez

UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES

Lic. Tula Zegarra Samamé

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Lic. Mayela Cajachagua Castro

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

Dr. Jorge Gutarra Canchucaya

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Dr. Héctor Mala Derix

COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

Lic. Elsa Contreras Canorio

ASOCIACIÓN PERUANA DE OBSTETRICES

Lic. Mónica Vidalón Mayor
Lic. Nelly Moreno Gutiérrez

UNFPA

Dra. Gracia Subiria Franco
Dra. Milagros Sánchez Torrejón
Lic. Armando Medina Ibáñez

CALIDAD EN SALUD/USAID

Dra. Beatriz Ugaz Estrada

PATHFINDER INTERNATIONAL

Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

INSTITUTO DE SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Luisa Sacieta Carbajo

MÉDICOS MUNDI NAVARRA

Dr. Fernando Carbone Campoverde

SALUD SIN LÍMITES

Katerine Ludeña Egoavil

PARSALUD II

Dra. Paulina Guisti Hundskopf
Dr. Miguel Garabito Farro
Dra. Nidia Guardia Aguirre

CARE PERÚ

Jay Goulden
Elena Esquiche León
Ariel Frisancho Arroyo
Danilo Fernández Borjas

OPS - OMS

Dr. Alfredo Guzmán Changanauqui

REVISORES TÉCNICOS

Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Dr. Luis Alfonso Meza Santibáñez
Lic. Carmen Mayurí Morón
Lic. Elva Edith Huamán Ávila
Lic. Elena Esquiche León

COLABORADORES

Dra. María del Pilar Torres Lévano
Deborah Caro, *Cultural Practice, LLC / USA*

CONSULTORES

Lic. Jessica Niño de Guzmán
Lic. Eva Miranda Ramón
Dr. Julio Mayca Pérez

APOYO

Cesibel Granda Calagua
Fiorella Oneeglio Repetto
Jossy Romero Villanueva

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
LISTA DE ACRÓNIMOS	11
CÓMO APLICAR O DESARROLLAR EL MÓDULO	13
OBJETIVO DEL MÓDULO	14
PRODUCTO DEL MÓDULO	14
PROCESOS QUE FAVORECEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO	15
ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:	17
I. MARCO CONCEPTUAL DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN	17
Análisis de:	
1. Gestión de riesgos y seguridad del paciente	19
2. Tipos y factores de riesgo	21
3. Estrategias para la seguridad del paciente	22
4. Prevención y control de infecciones en Establecimientos de Salud	23
II. MOMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN O MEJORA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES	25
MOMENTO 1:	
Identificación, registro y análisis de riesgo (seguridad del paciente y eventos adversos)	26
1. Aplicación de metodología para la identificación y registro de eventos adversos, entre ellos las infecciones	27
2. Análisis de brechas en el cumplimiento de estándares para la prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales	29
3. Aplicar herramientas para el análisis causal de las infecciones en establecimientos de salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales	32
MOMENTO 2:	
Planificación de mejoras para la prevención y control de infecciones (seguridad del paciente y eventos adversos)	35
1. Elaboración del Plan para la Prevención y Control de Infecciones para mejorar la Seguridad del Paciente y Reducción de Eventos Adversos en Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales	36
2. Proyectos de mejora para la Prevención y Control de Infecciones y Seguridad del Paciente	38
MOMENTO 3:	
Implementación de las buenas prácticas para la prevención y control de infecciones (seguridad del paciente y eventos adversos) en establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales	39



1. Implementación de buenas prácticas para la Prevención y Control de IIH, y Eventos Adversos de acuerdo a la capacidad resolutive	40
2. Otras medidas que contribuyen a la Seguridad del Paciente	46
3. Estrategias de comunicación	46
MOMENTO 4:	
Supervisión y vigilancia de eventos adversos e infecciones en establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales	47
1. Creación de espacios de vigilancia activa	48
2. Rondas por la Seguridad del Paciente	48
3. Participación de los pacientes y la comunidad en la seguridad del paciente	49
4. Auditoría de Historia Clínica	50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
----------------------------	----

ANEXOS	52
--------	----

ANEXO N° 1: Hoja de Notificación de Eventos Adversos	53
--	----

ANEXO N° 2: Fichas para la Medición de las Tasas de Incidencia de las IIH	54
---	----

FICHA N° 1: Ficha de Seguimiento a pacientes expuestos a procedimientos invasivos en la unidad de terapia intensiva de neonatología	54
---	----

FICHA N° 2: Ficha de Seguimiento a Pacientes Post parto de Gineco Obstetricia	55
---	----

FICHA N° 3: Ficha de Registro y Notificación de Accidentes punzocortantes	56
---	----

FICHA N° 4: Ficha de Registro y Notificación de Tuberculosis	56
--	----

FICHA N° 5: Ficha de Registro de Pacientes con Infección Intrahospitalaria	57
--	----

ANEXO N° 3: Matriz de Criterios de Evaluación para la Vigilancia, Prevención y Control de las IIH	58
---	----

1. Comité de Infecciones Intrahospitalarias	58
---	----

2. Unidad de Epidemiología Hospitalaria (UEH)	61
---	----

3. Laboratorio de Microbiología (LM)	64
--------------------------------------	----

4. Farmacia (F)	67
-----------------	----

5. Central de Esterilización (CE) y Desinfección de Alto Nivel (DAN)	69
--	----

6. Centro Quirúrgico (CQ)	72
---------------------------	----

7. Centro Obstétrico (CO)	74
---------------------------	----

8. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	76
--	----

9. Hospitalización (H)	78
------------------------	----

ANEXO N° 4: Matriz de Estándares del Macro Proceso de Manejo de Riesgo de la Atención	80
---	----

• Macroproceso: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	80
--	----

ANEXO N° 5: Esquema para la Elaboración de Proyectos de Mejora	88
--	----

INTRODUCCIÓN

Este Módulo forma parte del Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales aprobado con R.M. N° 223-2009/MINSA el 6 de abril de 2009. Este documento toma como marco la gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente.

Estudios en todo el mundo han demostrado que la magnitud y el impacto de los eventos adversos es tan significativa que llega a cifras sobre el 10% de los ingresos de los pacientes. El estudio del Instituto de Medicina de Estado Unidos concluye que la mortalidad derivada de los eventos adversos es tan alta como la generada por el cáncer de mama y el SIDA. De allí que el 2002, en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó una resolución en el que hace suyo el problema de la seguridad del paciente. La OMS establece la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, la misma que pretende estandarizar, en los hospitales y establecimientos de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores.


La atención materna en los servicios de salud pueden evaluarse por la atención oportuna y de calidad de las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Dado que la morbilidad materna es evitable, en una importante proporción de casos, es relevante determinar el impacto que tienen los eventos adversos (EA) intrahospitalarios sobre ella. La oportunidad en la atención está relacionada con tres tipos de eventos: los no institucionales (que conducen a demoras en la decisión de acudir al establecimiento de salud y tardanza en la referencia de pacientes), los institucionales (deficiencias organizacionales) y los errores individuales (que afectan la calidad y oportunidad del cuidado médico proveído)¹.

El tema de seguridad del paciente, en establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales, implica la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, entre ellos las infecciones intrahospitalarias (IIH) o asociadas al cuidado de la salud, a las cuales están expuestos los pacientes, el personal de salud, estudiantes y visitas. Estos daños aumentan el riesgo de muerte, la estancia hospitalaria y, por ende, los costos de atención en los pacientes hospitalizados, generan una percepción negativa, sobre la calidad de atención que brinda el establecimiento. Su prevención implica promover el uso de las mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para la madre y el recién nacido, ya que son el grupo de mayor vulnerabilidad.

El presente Módulo parte del análisis de los riesgos obtenidos de la evaluación basal y de la información disponible, para luego elaborar el “Plan de Seguridad en la Atención, Prevención y Control de Infecciones en establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales”, que lleve a la implementación de buenas prácticas para la prevención y control de riesgos en los usuarios, pacientes, personal de salud y comunidad en general. El último momento lo constituye la supervisión y vigilancia de infecciones que favorezcan la aplicación de procesos de mejora continua al interior de los servicios.

También consideramos importante manifestarle que, en el marco de las prioridades del Sector, que busca el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en el ámbito nacional, este documento como parte del Modelo de Intervención, puede serle útil para implementar los lineamientos, objetivos, metas, líneas estratégicas establecidas en el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015, del Ministerio de Salud.

¹ Ollenschlager G. Thomeczek C. *Quality Management in Health Care: Error Prevention and Managing Errors in Medicine*. Med Klin 2002, 97:564-70



Así, también, busca la práctica de acciones que deben ser desarrolladas en los establecimientos de salud para el fortalecimiento de la gestión sanitaria, con el fin de brindar calidad de atención, con oportunidad, con equidad y justicia social en el marco del Aseguramiento Universal (Ley N° 29334), las acciones de la descentralización en salud que se vienen implementando; así como fortalecer el Programa Presupuestal Estratégico Salud Materno Neonatal del Ministerio de Salud/ Ministerio de Economía y Finanzas.

Auguramos que su establecimiento de salud y su red de salud cuente, en poco tiempo, con el Plan para la seguridad de la atención, la prevención y control de infecciones en establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. Asimismo, lleve a cabo la implementación de buenas prácticas para la prevención y control de riesgos en los usuarios, pacientes, personal de salud y comunidad en general. Finalmente, se articule los procesos de Vigilancia en Salud Pública de los temas aquí vinculantes.

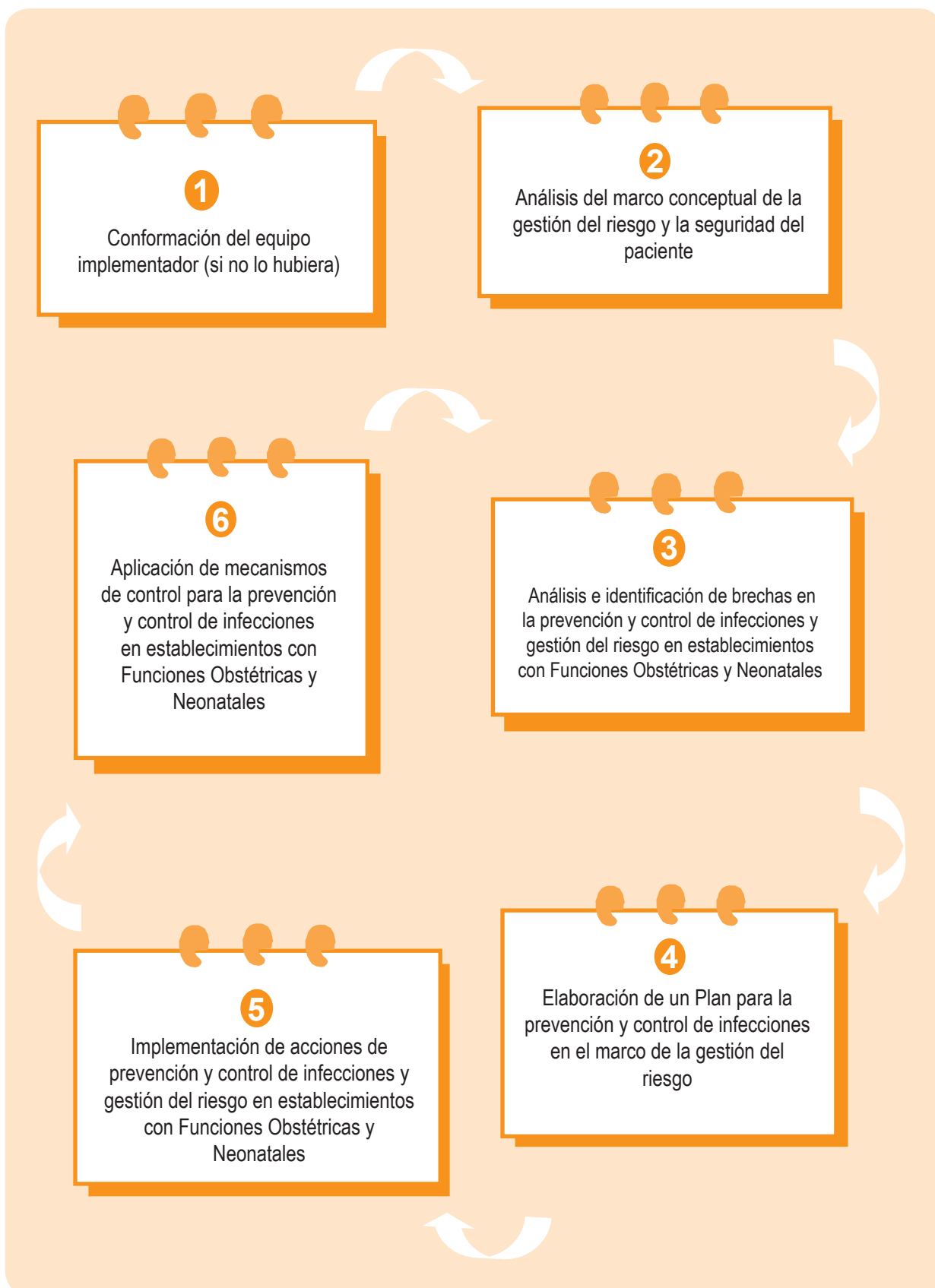
Es importante considerar en la revisión de este Módulo, además el Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención Materna y Neonatal 2009 - 2012.

LISTA DE ACRÓNIMOS

ABL	Accidente Biológico Laboral	MRA	Manejo de Riesgo de la Atención
ATM	Antimicrobianos	NPT	Nutrición Parenteral
BPA	Buenas Prácticas de Almacenamiento	N.T.	Norma Técnica
CE	Central de Esterilización	OGE	Oficina General de Epidemiología
CIIH	Control de Infecciones Intrahospitalarias	OMS	Organización Mundial de la Salud
CO	Centro Obstétrico	PEED	Programa de Evaluación Extrema
CVC	Catéter Venoso Central	PMCC	Proyecto Mejora Continua de la Calidad
CVP	Catéter Venoso Periférica	POI	Plan Operativo Individual
DAN	Desinfección de Alto Nivel	PPE	Programa Presupuestal Estratégico
DGE	Dirección General de Epidemiología	PRONAHEBAS	Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas	R.D.	Resolución Directoral
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas	R.M.	Resolución Ministerial
DIGESA	Dirección General de Saneamiento Ambiental	ROF	Reglamento de Organización y Funciones
DIRESA	Dirección Regional de Salud	RON	Red Obstétrica y Neonatal
DISA	Dirección de Salud	RR.HH.	Recursos Humanos
EA	Eventos Adversos	RSH	Residuos Sólidos Hospitalarios
EE.SS.	Establecimiento de Salud	SMN	Salud Materna y Neonatal
EE.UU.	Estados Unidos de América	SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
EMON	Emergencias Obstétricas y Neonatales	TBC MDR	Tuberculosis Multidrogo Resistente
EPS-SR	Empresa Prestadora de Servicios de Residuos Sólidos	TVP	Trombosis Venosa Profunda
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	UCEO	Unidad de Cuidados Esenciales Obstétricos
EV	Vía Endovenosa	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
FEMME	Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies	UEH	Unidad de Epidemiología Hospitalaria
FON	Funciones Obstétricas y Neonatales	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
FONB	Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas	VEIH	Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias
FONE	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales	VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
FONP	Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias	VM	Ventilador Mecánico
GERESA	Gerencia Regional de Salud	VPC	Vigilancia, Prevención y Control
IACS	Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud	>;<	Mayor de; menor de
IDM	Institute of Medicine	≥;;≤	Mayor o igual de; menor igual de
IIH	Infecciones Intrahospitalarias		
ITrS	Infección del Torrente Sanguíneo		
ITU	Infección del Tracto Urinario		
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas		
MINSA	Ministerio de Salud		
MOF	Manual de Organización y Funciones		



CÓMO APLICAR O DESARROLLAR EL MÓDULO





OBJETIVO DEL MÓDULO

Incorporar mecanismos y estrategias para la gestión del riesgo en prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud, durante la atención Materna y Neonatal, que asegure el cumplimiento de estándares que permitan garantizar seguridad en la atención que se brinde a la madre, al recién nacido, al personal de salud y a la comunidad en general.



PRODUCTO DEL MÓDULO



El Establecimiento de Salud cumple con estándares para prevenir y controlar el riesgo de infecciones y la seguridad en la atención Materna y Neonatal.



PROCESOS QUE FAVORECEN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO

Existen algunos procesos que favorecen la implementación o mejora de la gestión del riesgo para la prevención y control de infecciones en la atención Materna y Neonatal. Entre ellos, los más importantes son:

- ✓ Contar con el compromiso institucional de las autoridades, para la aplicación de medidas que permitan la gestión del riesgo en la prevención y control de infecciones;
- ✓ Contar con un programa de gestión de la calidad, que incluya la evaluación interna de estándares y la ejecución de proyectos de mejora en los servicios maternos y neonatales, y
- ✓ Contar con infraestructura, equipamiento, insumos necesarios y personal capacitado en el tema que permita la aplicación de medidas de prevención y control de infecciones a nivel de los servicios de gineco obstetricia y neonatología.

En el caso de no contarse con ellos, es necesario generar los mecanismos para lograrlos.



ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

I MARCO CONCEPTUAL DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN

I. MARCO CONCEPTUAL DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN



1. GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La gestión de riesgos comprende una serie de procesos que incluye la identificación, valoración, análisis y evaluación de todo tipo de riesgos en todos los niveles de la organización. La gestión de riesgos facilita la definición de prioridades y la toma de decisiones.²

➤ Antecedentes

- ✓ En la 55 Asamblea Mundial de la Salud del 2002, se generó una Resolución que invitaba a los países miembros a tomar medidas encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes.
- ✓ Esta Resolución se concretó el 27 de Octubre de 2004 con el establecimiento de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes.
- ✓ Perú es uno de los países miembros comprometidos con la Seguridad del Paciente desde el 21 de mayo de 2008.

La Alianza Mundial en Pro por la Seguridad del Paciente, tiene como primer Reto Mundial:

“Una atención limpia es una atención más segura”: relacionada a las infecciones intrahospitalarias con su actividad higiene/lavado de manos. Los elementos de este primer reto son sangre segura, inyección o inmunización segura, procedimientos clínicos seguros, agua segura e higiene de manos.

La agencia para la calidad e investigación en salud de los Estados Unidos, define como Seguridad del Paciente al “conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades o procedimientos”. Así mismo, define como Evento Adverso a “aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención”.

➤ Taxonomía de Seguridad para el Paciente: OMS (15 de octubre de 2008/Madrid España)

Seguridad del paciente: ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria

Daño relacionado con la atención sanitaria: daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente

Riesgo: probabilidad de que se produzca un incidente

Evento adverso: incidente que produce daño al paciente

Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella

Error: no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto

El Plan Nacional para la Seguridad del Paciente, impulsado desde el Ministerio de Salud, define:

Seguridad del Paciente como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren óptimos resultados en la atención del paciente.

Evento Adverso, lesión, complicación, incidente o resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

A nivel del MINSA, se han hecho grandes esfuerzos por mantenernos en el sitial de otros países de la Región como el de considerar a la Seguridad del Paciente dentro del Sistema de Gestión de Calidad en Salud. Igualmente, los anexos, para su implementación como el proceso de Acreditación (autoevaluación) en cuyo listado de Estándares, se encuentran los estándares específicos para Seguridad del Paciente y los relacionados a los EE.SS que cumplen FON, FONE, FONI, etc., así como Auditoría de la Calidad de Atención, Sistema de Información, etc. Es decir, se busca una cadena de procesos para la obtención de un producto para la implementación de la mejora continua. La incorporación de Seguridad del Paciente en el Plan Nacional Concertado de Salud aprobado con R.M. N° 589-2007/MINSA el 20 de Julio de 2007.

2 National Patient Safety Agency (NPSA). “Seven Steps to Patient Safety”. 2005

Todo orientado a brindar una atención con calidad sin riesgos y al alcance de todos; “La Calidad de la Atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos” (Avedis Donabedian).

En el Marco legal, tenemos:

- ✓ R.M. N° 143-2006/MINSA, aprueba la constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- ✓ R.M. N° 519-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- ✓ R.M. N° 676-2006/MINSA, aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
- ✓ R.M. N° 533-2008/MINSA, aprueba los Criterios Mínimos de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- ✓ Considerar el PPE Salud Materno Neonatal MINSA/MEF.

➡ **Criterios para la Seguridad del Paciente**

Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión	Antes que el paciente salga del quirófano
<input type="checkbox"/> Paciente ha confirmado: <ul style="list-style-type: none"> • Nombres • Zona a ser operada • Procedimiento a realizar • Consentimiento 	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se han presentado por nombres y función	Enfermera revisa y comunica verbalmente al equipo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Que el nombre del procedimiento está registrado <input type="checkbox"/> Que el recuento de instrumentos, gasa y agujas es correcto <input type="checkbox"/> El etiquetado de la muestra o espécimen con el nombre del paciente <input type="checkbox"/> Si hay problemas para corregir en algún instrumento
<input type="checkbox"/> Se ha marcado la zona a ser operada / no aplica	<input type="checkbox"/> Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente • Zona a ser operada • Procedimiento 	
<input type="checkbox"/> Se ha completado la revisión de seguridad de la anestesia	Eventos críticos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cirujano revisa: <ul style="list-style-type: none"> • Pasos críticos o inesperados, tiempo operatorio, pérdida de sangre <input type="checkbox"/> Equipo de anestesia revisa: <ul style="list-style-type: none"> • Riesgos específicos del paciente <input type="checkbox"/> Equipo de enfermería revisa: <ul style="list-style-type: none"> • Esterilización de equipos (inclusive uso de indicador) • Riesgos específicos relativos al equipo 	
<input type="checkbox"/> Oxímetro colocado en el paciente y funcionado		
Se sabe si el paciente tiene: <ul style="list-style-type: none"> • Alergia conocida <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Vía aérea no permeable/ riesgo de aspiración <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (el equipo y la asistencia debida están disponibles) • Riesgo de pérdida de sangre más de 500 ml <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tiene una vía EV y reemplazo planificado) 	Se ha aplicado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No se aplica al procedimiento Las imágenes indispensables están a la vista <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No se aplica al procedimiento 	<input type="checkbox"/> El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan las acciones claves para la recuperación y manejo posterior del paciente

Esta lista de verificación no pretende ser completa. Las modificaciones y adiciones para adaptarla a las prácticas locales son bienvenidas.

A través de la Dirección de Calidad en Salud del MINSA, se firma la Declaración de los Médicos Cirujanos Peruanos por la Seguridad de los Pacientes el 24 de Julio de 2007. A fines del mismo año, con el apoyo técnico y financiero de USAID-VIGIA, se produce el video de “Seguridad del Paciente”, el mismo que se difundió a nivel nacional e internacional. A raíz de la publicación del libro Errar es Humano en 1999, por el Instituto de Medicina de los EE.UU., en el que se publicó que entre 44,000 y 98,000 americanos mueren cada año por errores atribuibles a la atención médica –todos

ellos prevenibles—, se generó una gran inquietud entre los que toman decisiones, y el personal de salud que tiene a su cargo la atención a pacientes para ver la forma de mitigarlo.

El tema de seguridad del paciente es complejo, requiere un cambio cultural en los valores a favor de la prevención en las organizaciones del país; favorecer este cambio es necesario, sin embargo, no es tan fácil propiciarlo. Uno de los grandes retos es fomentar y favorecer la cultura del registro.

Un último reporte del Instituto de Medicina de EE.UU. hace referencia a la diferencia existente entre la calidad del cuidado médico que reciben los pacientes en ese país y la calidad del cuidado médico que ellos deberían recibir. El reporte declara 6 aspiraciones hacia las cuales el nuevo sistema de salud debe apuntar. Ellas son las siguientes:

- ✓ Que los pacientes no sufran daño alguno cuando se les intenta hacer el bien
- ✓ Que el cuidado de la salud se haga sobre la base de evidencia efectiva
- ✓ Que el modelo de atención en salud sea centrado en el paciente
- ✓ Que la atención al paciente sea oportuna en el tiempo apropiado
- ✓ Que la atención al paciente sea eficiente
- ✓ Que la atención sea equitativa

Si bien puede parecer que estas seis aspiraciones no son desconocidas para el sistema de salud existente antes de su declaración, es evidente que a pesar de ser conocidas con anterioridad no se están cumpliendo.

2. TIPOS Y FACTORES DE RIESGO

Históricamente, la condición humana ha estado ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción.³

En el cuidado de la salud, el riesgo de error asociado a factores humanos se incrementa debido a que cada persona que interviene en la interacción está rodeada de un entorno bio-psicosocial el cual afecta su comportamiento, habilidad, concentración, forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos. Algunos errores se cometen inconscientemente mientras que otros se hacen basados en reglas o requieren un alto nivel de conocimiento. En los primeros, factores tales como la fatiga, somnolencia, distracción y el estrés de quien realiza la actividad favorecen la aparición de errores; mientras que en los segundos los errores aparecen porque se hace una elección inapropiada de una regla o, simplemente, porque se toma una decisión equivocada.

Aún en aquellos hospitales donde la búsqueda de la calidad total es la rutina del día a día, suceden errores en la atención. Como consecuencia de su presentación, los pacientes, el personal de salud y la comunidad, objeto del error, pueden sufrir daño grave e incluso morir. Por tanto, es permitido afirmar que los errores clínicos son causa de morbilidad y mortalidad prevenibles.

Frecuentemente, al error cometido durante la atención de salud le llamamos error médico, sin embargo, Franco A. aclara que para el término de error médico (se refiere a la totalidad del proceso de atención en la cual participa el resto de profesionales de la salud y no solo el médico), el término que más se ajusta para definir esta situación debe ser error clínico, ya que el proceso de la atención, reúne un sin número de “subprocesos” que lo hacen extremadamente complejo.

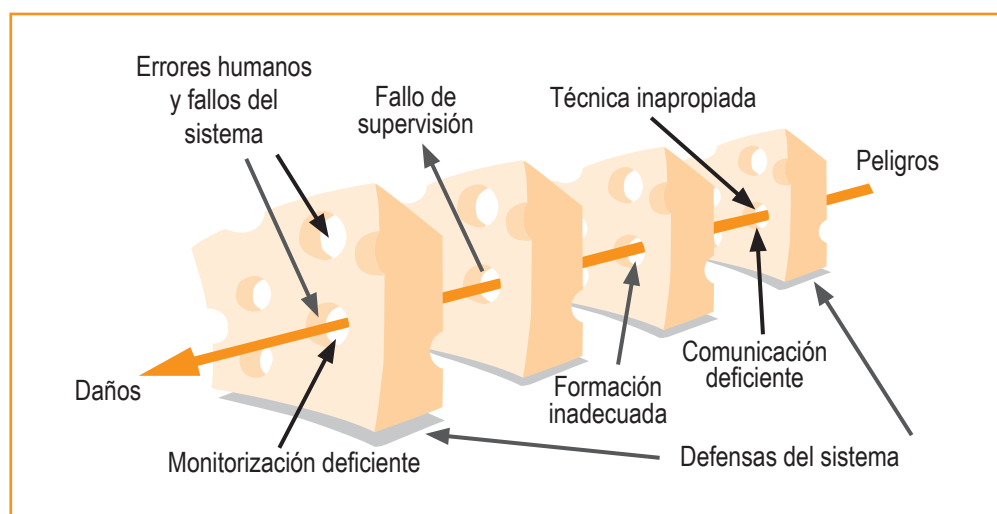
Los errores o fallas institucionales se pueden clasificar en:

- ✓ Según el área de atención, en clínicos y administrativos. Los errores clínicos, a su vez, pueden ser técnicos y no técnicos. Los primeros se entienden como resultados adversos que se presentan durante la realización de cualquier procedimiento. Los segundos son errores no asociados a procedimientos.
- ✓ Según los sistemas de atención, en errores de acción “hacer lo que no había que hacer” o de omisión “no hacer lo que había que hacer”.

Como fue propuesto por Donabedian, en todo proceso de atención médica, intervienen factores estructurales (recursos) y de proceso (actividades realizadas durante la atención) que se traducen en un resultado que se espera que sea el mejor (mejoría o cura de la enfermedad). Por esto, en el diseño de los procesos de atención por parte de las organizaciones, las posibilidades de error deben ser consideradas en el contexto del proceso sistémico de la atención hasta la recuperación completa del enfermo y no únicamente hasta su egreso hospitalario.

3 Fundamentos en seguridad al paciente para la disminución de los errores médicos. A. Franco. Colombia. 2006

Además de los factores humanos, existen en los procesos otros factores que no han sido considerados en el diseño de los mismos y que cuando se alinean con cualquier otro factor situacional llevan a la producción de un error. A esto, se le llama el “fenómeno Reason”, descrito en el famoso esquema del queso suizo que se presenta a continuación:



Reason J. Human Error: Models and Management. BMJ 2000; 320: 769

J.Ma. Aranaz, C Aibar ©

3. ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños como resultado de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conocer la manera de evitar que estos sufran daños durante el tratamiento y la atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado “Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente” a fin de ayudar a reducir los daños relacionados con la atención sanitaria. Estas se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la Seguridad del Paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que otros países puedan aplicarlas.

Las soluciones propuestas guardan relación con lo siguiente:

- ✓ Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- ✓ Identificación de pacientes
- ✓ Comunicación durante el cambio de turno de pacientes
- ✓ Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- ✓ Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- ✓ Asegurar las indicaciones médicas para la medicación a los pacientes
- ✓ Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- ✓ Usar una sola vez los dispositivos de inyección (agujas y jeringas)
- ✓ Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

El Perú está comprometido en articular esfuerzos a favor de la Seguridad del Paciente. En nuestro país, la conciencia cada vez mayor de los derechos de los pacientes y la presencia de mecanismos para facilitar su expresión están poniendo en evidencia los eventos adversos en nuestra realidad. Los servicios de emergencia y los maternos infantiles han mostrado mayor vulnerabilidad a los reclamos.

El Plan Nacional de Seguridad de los Pacientes 2006 - 2008, Normado por la Dirección de Calidad, cuyo objetivo general es reducir la cantidad de eventos adversos en los usuarios, y que contribuyen a hacer de los servicios de salud lugares más seguros, marca el rumbo para los próximos años a fin de articular esfuerzos en torno a la Seguridad del Paciente de una manera sistemática y organizada. En el 2007 se llegó al 100% de presentación de los Planes de Seguridad del Paciente de parte de las DISAs y DIRESAs, así como de los Hospitales de Lima y Callao,

observándose barreras intrainstitucionales para su implementación. Es decir, los porcentajes de avance dentro de cada región e instituciones dependen del líder de la misma. En este sentido, se plantea como las principales estrategias las siguientes:

- ✓ Involucrar al personal de salud en el proceso de identificación y reporte voluntario, confidencial y de vigilancia activa
- ✓ Armonizar los sistemas y registros existentes, incorporando análisis integrales
- ✓ Crear compromisos en el nivel político, de gestión de los establecimientos, de los gremios, de los centros de información y del personal de salud en la reducción de los eventos adversos
- ✓ Involucrar al usuario del establecimiento de salud en prevención de los eventos adversos
- ✓ Fomentar la investigación operativa

4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Uno de los eventos adversos importantes que ponen en riesgo la Seguridad del Paciente son las infecciones intrahospitalarias (IIH) o también llamadas infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).



“Infección intrahospitalaria: se considera bajo esta condición, toda infección que se desarrolla en un paciente hospitalizado que no la padecía ni la estaba incubando al momento del ingreso al establecimiento de salud”.⁴

En un estudio de investigación de Notificación de Eventos Adversos, realizado en el Hospital Dos de Mayo en el año 2006 en el servicio de Neonatología, los resultados obtenidos indican que las Infecciones Intrahospitalarias ocupan el primer lugar, seguida de Infecciones de heridas post operatorias y reacción adversa a medicamentos. Cabe mencionar que similares resultados se han obtenido en otros países, situándose las infecciones intrahospitalarias (IIH) o también llamadas infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) como uno de los eventos adversos que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

En el 2007, asiste una delegación del Perú, conformada por representantes del Ministerio de Salud y EsSalud a San José de Costa Rica realizándose las coordinaciones para participar en la estrategia de “Una atención limpia es una atención más segura”. Esta estrategia se hace efectiva el 21 de Mayo de 2008, cuando el Ministro firma la Declaración de Compromisos en la Lucha contra las Infecciones Intrahospitalarias. Countries and Regions Committed to Address Health Care-associated infection - Clean Care is Safer Care

Las infecciones bacterianas, se hacen evidentes 48 horas o más luego de la admisión al hospital. Incluye también las infecciones contraídas en el hospital, pero que aparecen después de que el enfermo fue dado de alta y las que se registran entre el personal y los visitantes del hospital.

La prevención y control de las infecciones intrahospitalarias se basa en estrategias ligadas, principalmente, a las buenas prácticas de la atención. Sin embargo, diversas características de la prestación de salud, en la que destacan los métodos invasivos de exploración, los procedimientos quirúrgicos, la cirugía en personas mayores, o el manejo de niños prematuros, plantean hoy nuevos retos en la atención.

4 MINSA. Guía para Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las IIH (R.M. N° 532-2007)

Los factores de riesgo para la presencia de infecciones intrahospitalarias son:

- ✓ Del Paciente: edad, sexo, estado nutricional entre otros
- ✓ Ambientales: microorganismos ambientales, aire y agua
- ✓ De la atención de salud: procedimientos de la atención y procedimientos invasivos

La Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias ha considerado tres componentes esenciales a ser implementados en los EE.SS:

- ✓ Actividades de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias
- ✓ Prevención y control
- ✓ Educación

a) Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias (VEIIH)

Es un proceso continuo y sistemático de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la frecuencia y distribución de los procesos infecciosos adquiridos en los hospitales y de sus determinantes, a fin de permitir en el tiempo oportuno la toma de decisiones basadas en evidencias, sus actividades son detalladas en la N.T. N° 026 MINSA/OGE-V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias".

Las características del sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias son:

- ✓ Vigilancia selectiva y focalizada
- ✓ Vigilancia activa y permanente

b) Prevención y Control de Infecciones

Significa identificar y reducir el riesgo de adquirir y transmitir infecciones entre pacientes, personal, estudiantes y visitas. Las medidas de control cubren un amplio rango de procesos y actividades a través del hospital o centro de atención de salud, involucra a todas las personas, sin importar el departamento o servicio al que pertenecen. Debemos recordar que evitar y controlar las infecciones adquiridas en un centro de atención de salud es RESPONSABILIDAD DE TODOS, desde el personal de limpieza hasta el especialista.

La Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del MINSA indica que las acciones de prevención y control de las infecciones en los establecimientos de salud estarán a cargo de los Comités de Control de Infecciones Intrahospitalarias (CIIH), los cuales deberán definir acciones sobre este tema, así como también son responsable de dirigir las acciones para su cumplimiento. Las principales líneas de acción; son las siguientes:

- ✓ Aislamiento hospitalario
- ✓ Desinfección y esterilización
- ✓ Uso racional de antimicrobianos
- ✓ Prevención y control de las IIH en trabajadores de salud
- ✓ Manejo de residuos sólidos hospitalarios
- ✓ Uso racional de antisépticos y desinfectantes
- ✓ Manejo de brotes

c) Educación

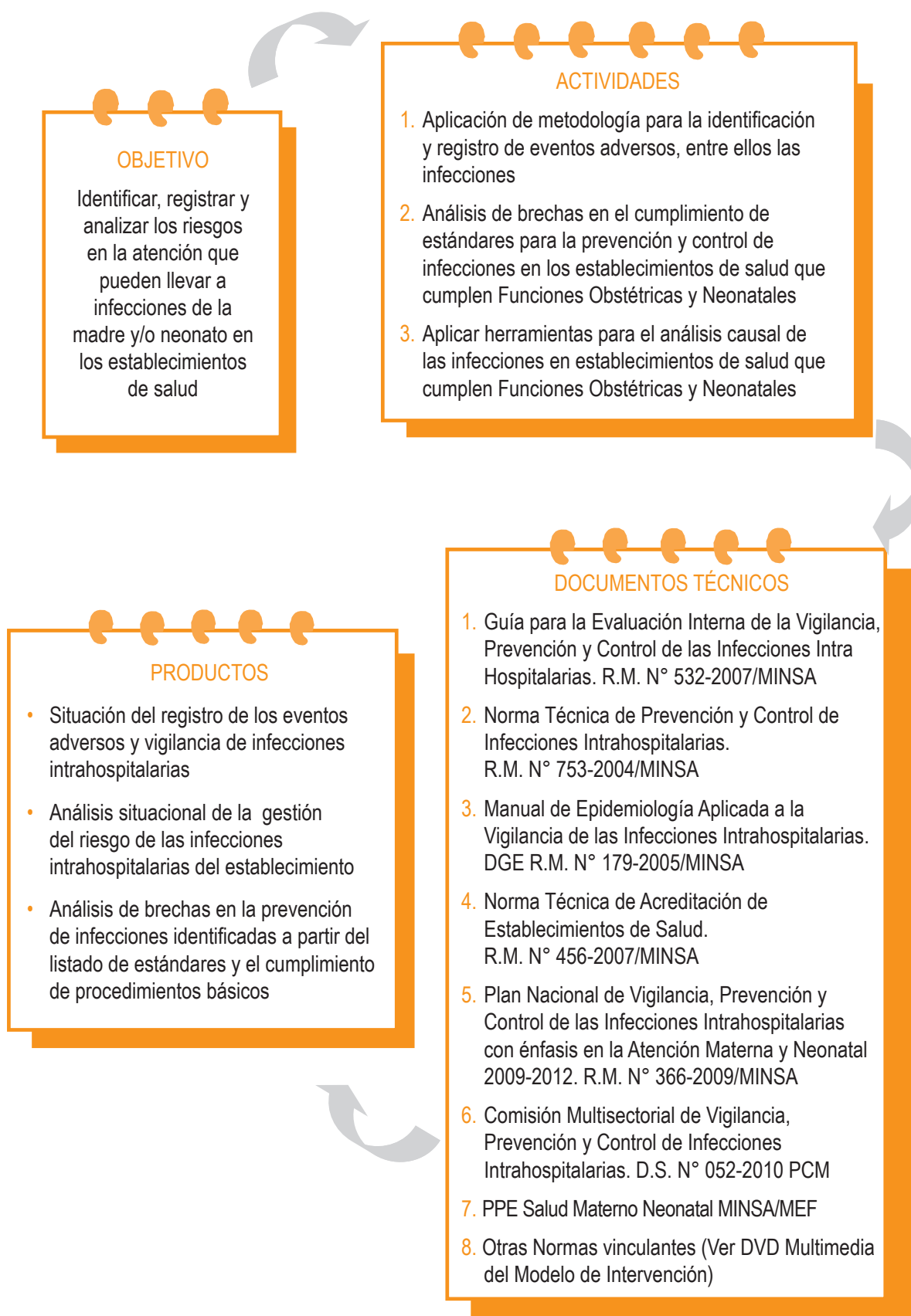
La Educación Permanente es un elemento fundamental en la prevención de infecciones intrahospitalarias, esta se realizará periódicamente y cuando el análisis de datos de la vigilancia identifique necesidades. El personal de salud encargado del Control de Infecciones coordinará con la Unidad de Capacitación los programas educativos sanitarios y el entrenamiento del personal.



ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

II. MOMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN O MEJORA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

MOMENTO 1: IDENTIFICACIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS DE RIESGO (SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS) –



1. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS, ENTRE ELLOS LAS INFECCIONES

Un Evento Adverso es una lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud (Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008). Se pueden distinguir dos tipos de eventos adversos: Eventos adversos graves (por ejemplo, muerte de la madre / recién nacido o pérdida de función) y eventos adversos leves (por ejemplo, una complicación infecciosa o no infecciosa que genera incremento en la estancia hospitalaria, con una resolución favorable).

Entre los factores contribuyentes que propone la Joint Commission, y que deberían formar parte del análisis de cualquier evento adverso, destacan los siguientes:

- ✓ Factores humanos: Cantidad de turnos, fatiga y capacitación
- ✓ Factores del proceso: Análisis de los fallos en los diferentes pasos del proceso
- ✓ Equipamiento: Mantenimiento reactivo y proactivo y obsolescencia
- ✓ Factores ambientales: Ruido, espacio y mobiliario
- ✓ Gestión de la información: Comunicación interpersonal
- ✓ Liderazgo: Cultura de la organización con respecto a la seguridad
- ✓ Supervisión adecuada

El informe del Institute of Medicine (IDM) estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.

El contar los establecimientos de salud con un sistema de notificación y/o de registro, sensible, adecuado y oportuno de eventos adversos, dentro de ellos, las infecciones intrahospitalarias y otros incidentes, permitirá, por un lado, identificar y aprender de las experiencias y, por otro, rediseñar procesos. Sin embargo, se ha observado que existen algunas barreras para la notificación y registro de eventos adversos en las instituciones de salud tales como:

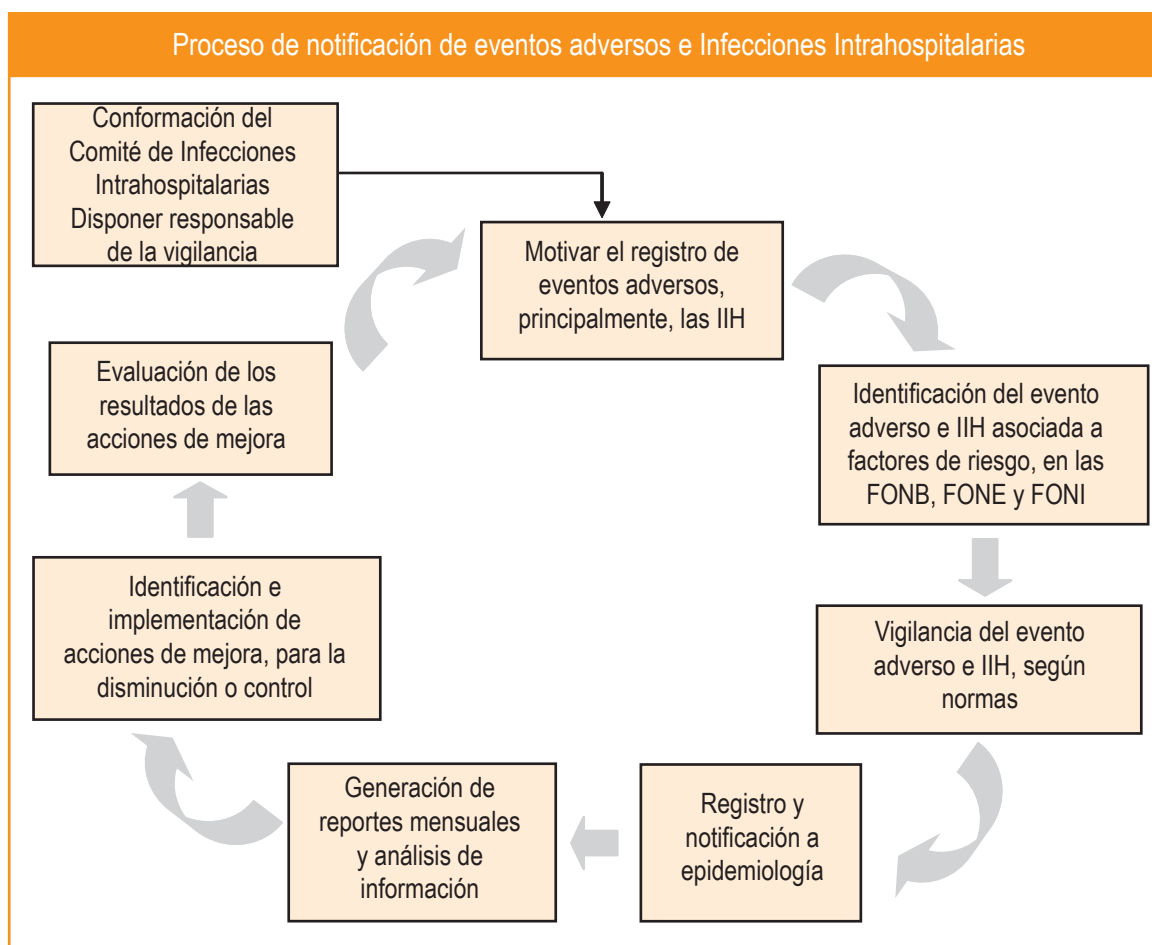
- ✓ La falta de conciencia de que un error ha ocurrido
- ✓ La falta de conciencia de qué se debe documentar y por qué
- ✓ La percepción de que el paciente es indemne al error
- ✓ Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias
- ✓ La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación
- ✓ Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar
- ✓ La falta de “feedback” cuando se produce un registro

La Vigilancia Epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias es una actividad dinámica. Consiste en la observación sistemática, activa, selectiva y continua de la aparición y distribución de los procesos infecciosos adquiridos en los hospitales o establecimientos de salud, de los acontecimientos y de las condiciones que aumentan o disminuyen el riesgo de que ocurra dicho daño y para qué. Esta actividad para que contribuya a la toma de decisiones en materia de prevención y control necesita contar con tres elementos en los establecimientos de salud: a) Personal de salud responsable de la vigilancia; b) Sistema de notificación y registro adecuado, y c) Análisis y difusión de la información de los resultados de la vigilancia e intervención.

La Dirección General de Epidemiología ha normado la vigilancia de un conjunto de infecciones intrahospitalarias asociadas a factores de riesgo extrínsecos (procedimientos invasivos), las cuales se encuentran descritas en la N.T. N° 26/MINSA/OGE-V.01 “Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias”. Las que estarían sujetas a vigilancia en los establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales serían las siguientes:

Infección Intrahospitalaria	Factor de riesgo asociado	Servicios a vigilar
Infección del tracto urinario (ITU)	Catéter urinario	UCI, Medicina, cirugía, Sala de Partos
Neumonía	Ventilación mecánica	UCI Neonatología
Infección del torrente sanguíneo (ITrS)	Catéter venoso central Catéter venoso periférico	UCI Neonatología, Obstetricia
Endometritis puerperal	Parto vaginal y cesárea	Gineco-Obstetricia
Infección de herida operatoria	Cesárea	Gineco-Obstetricia

Presentamos una propuesta del proceso de notificación y análisis a seguir, en el marco del sistema de gestión de la calidad, el cual puede ser modificado, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud:



Fuente: ESNSSR/MINSA

Los Anexos 1 y 2, incluidos en el presente Módulo, permitirán el registro de eventos adversos e IIH.

* Los establecimientos que cumplen con las FON, deberán asegurar el cumplimiento de estas actividades.

Los Comités Locales de Control de Infecciones⁵

Tiene como propósito liderar, y coordinar los planes locales de prevención y control de las infecciones para asegurar el impacto, continuidad y solidez en los procesos involucrados, los cuales deben estar dirigidos a los pacientes/usuarios y el personal de salud.

Sus funciones establecidas en la Norma Técnica⁶ son las siguientes:

- ✓ Efectuar intervenciones de prevención y control de las IIH a través del Plan Local Anual de Prevención y Control de las IIH. Debe incluir:
 - El diagnóstico de situación en el control de infecciones
 - La elaboración de normas y procedimientos
 - Planes de capacitación al personal
 - Programa de supervisión
- ✓ Establecer estrategias e intervenciones de prevención y control para los problemas de IIH definidos y considerados prioritarios por el establecimiento de salud
- ✓ Evaluar periódicamente el impacto de las medidas de intervención de prevención y control de IIH en los indicadores epidemiológicos

⁵ Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. MINSA, 2004

⁶ Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. N° 026-2006/MINSA/OGE V.01

El Comité deberá estar compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales que representen a los niveles de decisión tanto de los establecimientos FONI / FONE como FONB. Los profesionales que conforman el Comité deberán reunir como requisitos mínimos: a) Interés y motivación en el control de las infecciones intrahospitalarias; b) Capacitación en el tema y; c) Capacidades de liderazgo.

Constará de un Comité Ejecutivo o Técnico Operativo y un Comité Ampliado. El Comité estará presidido por el Director u otro profesional por delegación de este, con la autoridad necesaria para tomar decisiones. Contará, además, con un representante de Calidad, Epidemiología y/o responsable de la vigilancia y laboratorio. El Comité Ampliado asesorará y apoyará las acciones propuestas por el Comité Ejecutivo, en el área de su competencia. Este será convocado como resultado del análisis de la información e incluirá a los representantes de los servicios con el que cuenta el establecimiento de salud, por ejemplo:

FONI / FONE	FONB
<div><ul style="list-style-type: none">- Emergencia- Cirugía- Medicina- Pediatría- Sala de neonatología- Ginecología-Obstetricia- Centro obstétrico- Unidad de cuidados críticos- UCI materna, si la hubiera- UCI neonatal, si la hubiera- Central de esterilización- Consultorios Ginecología y Obstetricia- Administración</div>	<div><ul style="list-style-type: none">- Emergencia- Medicina- Pediatría- Centro Obstétrico- Área de esterilización- Consultorio externo de obstetricia- Administración</div>

El número de representantes de los servicios, que formarán parte del Comité, queda a criterio de los establecimientos de acuerdo a su nivel de complejidad y especialidad. Así mismo, se puede incluir a un representante de los usuarios/pacientes o autoridades de la comunidad.

2. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE CUMPLEN FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Para el análisis de las brechas, se deberá tener en cuenta, previa identificación de casos de infecciones intrahospitalarias y eventos adversos, el análisis de las tasas con sus referentes nacionales o internacionales y la identificación de factores que generan su presencia para lo cual se puede utilizar los instrumentos de evaluación y autoevaluación que se detallan más adelante.

En el caso de Infecciones Intrahospitalarias, es importante que todo el personal conozca la definición de caso de IIH, esto permitirá mejorar la notificación de las mismas, ya que la vigilancia de estos eventos es responsabilidad de todo el personal.

Se considera que una infección adquirida es intrahospitalaria, siempre y cuando reúna los siguientes criterios:

- Criterio 1: Definición.**- La infección intrahospitalaria se adquiere luego de las 48 horas de permanencia en un establecimiento de salud y que el paciente no portaba a su ingreso. Solo en neonatos se considera como IIH a la infección que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

Criterio 2: Asociación a un factor de riesgo.- Un factor de riesgo es la condición o situación a la cual se expone al huésped, capaz de alterar su estado de salud y que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar una infección intrahospitalaria.

Criterio 3: Criterios específicos de infección.- La información usada para determinar la presencia y clasificación de una infección deberá ser la combinación de hallazgos clínicos y resultados de laboratorio y otras pruebas de acuerdo a los criterios establecidos.

Las causas para la presencia de infecciones son las siguientes:

- ✓ Las relacionadas con los factores inherentes del paciente;
- ✓ Los procedimientos a los cuales son sometidos;
- ✓ La interacción existente con el ambiente del establecimiento;
- ✓ Práctica de higiene inadecuada, y
- ✓ Deficiencias en las técnicas y/o procedimientos de desinfección, esterilización y manejo de materiales usados en la atención, entre otras.

Instrumentos de evaluación que permitirán el análisis de las brechas en los servicios de salud:

- a) La medición de las Tasas de Incidencia de IIH. Aplicación de la N.T. N° 026-MINSA/DGE
- b) Evaluación interna (autoevaluación) de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias, aplicación de la Guía del mismo nombre R.M. N° 523-2007/MINSA
- c) Evaluación del macroproceso de gestión de riesgo para la acreditación de establecimientos de salud, según capacidad resolutive



RECORDAR QUE LA BRECHA ES:

Situación ideal de la calidad (en este caso, tasas de incidencia menores a valores de referencia nacional y cumplimiento de estándares)



Situación actual, la misma que se identifica en la evaluación basal y el seguimiento

a) La medición de las tasas de incidencia de IIH⁷

A nivel internacional, las tasas de incidencia de IIH comúnmente son usadas como un indicador de desempeño de las instituciones de salud, bajo la consideración que las IIH son prevenibles y que las altas tasas de incidencia de IIH pueden sugerir un problema potencial en la calidad de la atención y el cuidado de los pacientes.

El conocimiento de las tasas de IIH y valores de referencia nacional son una ayuda para identificar los servicios que representan un problema en relación a estas infecciones. Permiten orientar las medidas preventivas y de control que sean necesarias, y focaliza los esfuerzos en las áreas con mayor incidencia de IIH para mejorar la seguridad del paciente.

La Dirección General de Epidemiología ha normado, a través del Manual de Epidemiología aplicada a la vigilancia de las IIH, la utilización de las siguientes medidas de frecuencia de enfermedad:

- ✓ La incidencia acumulada es una medida que toma en cuenta los casos nuevos que provienen de una población expuesta a riesgo, delimitada al inicio de la observación. En las IIH, se utilizan cuando la exposición es única y solo se espera un episodio por paciente.
- ✓ La densidad de incidencia mide el número de casos nuevos en una cantidad determinada de personas –tiempo en una población en riesgo– la cual esta compuesta por aquellos que se encuentran expuestos y todavía no han sufrido la enfermedad. En las IIH, se utiliza cuando la exposición a un factor de riesgo (dispositivos médicos invasivos) es prolongada en el tiempo, lo que determina que las personas estén sometidas de manera continua al riesgo. Asimismo durante este periodo de tiempo, pueden presentarse varios episodios de infecciones.

⁷ Boletín Epidemiológico N° 18. Dirección General de Epidemiología. MINSA, 2008

A continuación, se presentan los indicadores utilizados en la atención Materna y Neonatal. Estos son medidos por la Oficina de Epidemiología.

INDICADORES UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA NEONATAL	
INDICADOR	PROMEDIO NACIONAL
Tasa de incidencia de Endometritis post parto vaginal Tasa de incidencia de Endometritis post cesárea	A nivel nacional, el promedio es mayor por cesárea que por parto vaginal: 1,1 (parto por cesárea) vs. 0,5 por 100 partos vaginal
Tasa de incidencia de infecciones de herida operatoria en cesáreas	El promedio nacional es de 2,03 por 100 partos cesárea
Densidad de incidencia, de neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI de neonatología	El promedio es 9,8 por 1000 días de empleo ventilación mecánica
Densidad de incidencia de infecciones del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso permanente	El promedio es 17,3 por 1000 días de empleo de catéter venoso central o umbilical
Densidad de incidencia de infecciones de torrente sanguíneo asociado a catéter venoso periférico	El promedio es 5,56 por 1000 días de empleo de catéter periférico

Fuente: Boletín epidemiológico N° 18. DGE. 2008

La distribución de las tasas promedio de incidencia acumulada de IIH variable, según la categoría del establecimiento de salud. Es mayor, a mayor categoría del establecimiento de salud. Debemos tener en cuenta, además, que existe aún un alto sub registro.

Las exposiciones laborales que son vigiladas en todo el personal de salud son dos:

- ✓ Los accidentes punzocortantes (transmisión ocupacional de hepatitis virales y en menor grado la infección por VIH)
- ✓ Tuberculosis pulmonar

Los instrumentos desarrollados por la Dirección de Epidemiología para medir la densidad de incidencia o incidencia acumulada se adjunta en anexos. (Anexo N° 2)

b) Aplicación de la guía de evaluación interna para la vigilancia, prevención y control de las IIH

El Proyecto Vigía conjuntamente con el Ministerio de Salud desarrolló la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones intrahospitalarias. Ésta establece una serie de criterios que deben ser cumplidos en las diferentes unidades o servicios evaluados. La identificación de las áreas o servicios críticos permitirá priorizar las acciones de prevención y control de las IIH y, en consecuencia, contribuir al mejoramiento continuo de la calidad y la atención de salud.

Este instrumento puede usarse en establecimiento que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales e Intensivas (FONE y FONI) que, en su mayoría, pertenecen a las categorías II - 1, II - 2, III - 1 y III - 2. Sin embargo, existen estándares que pueden ser evaluados en establecimientos FONB.

UNIDADES O SERVICIOS SUJETOS A EVALUACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	
Áreas a evaluar	Tipo de establecimiento (*)
1. Comité de Infecciones Intrahospitalarias	FONI, FONE, FONB
2. Vigilancia epidemiológica de IIH	FONI, FONE
3. Salud Ambiental	FONI, FONE, FONB
4. Laboratorio de microbiología	FONI, FONE
5. Farmacia	FONI, FONE, FONB
6. Central de esterilización y desinfección de alto nivel	FONI, FONE
7. Centro quirúrgico	FONI, FONE
8. Centro obstétrico, (sala de partos)	FONI, FONE, FONB
9. Unidad de Cuidados Intensivos (adultos, maternos y neonatal)	FONI, FONE
10. Hospitalización	FONI, FONE, FONB

(*) Para el caso de EE.SS. considerados FONI regional, si el CIIH considera pueda evaluar el servicio de emergencia

Se adjunta la matriz de estándares en anexos (Anexo N° 3)

c) Autoevaluación de estándares del macro proceso de manejo de riesgo de la Norma de Acreditación de Establecimientos de Salud

La Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud plantea, como uno de los 22 macroprocesos, la evaluación del Manejo del Riesgo en la Atención. Su objetivo es identificar si el establecimiento realiza acciones para controlar las infecciones, eventos adversos, manejo de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes, con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas infecciones⁸. La aplicación de este instrumento en los establecimientos de salud también facilitará la identificación de brechas y la instalación de procesos de mejora continua de la calidad.

El listado de estándares está diferenciado, según categoría, lo cual favorece su aplicación en todo nivel. El listado completo de estos estándares se adjunta en el Anexo N° 4.

En el caso de aplicar cualquiera de los instrumentos de evaluación, ya sea para la vigilancia, prevención y control de las infecciones o para el macroproceso de manejo de riesgo en la atención, se requiere que el Comité de Control de Infecciones desarrolle los siguientes pasos:

- ✓ Contar con la decisión de la Dirección para la realización de la evaluación interna o autoevaluación, para lo cual se realizará una reunión con el personal de salud, para informar acerca del proceso, la metodología de trabajo e instrumentos a utilizar
- ✓ Elaborar el plan de evaluación el que debe considerar algunos antecedentes, objetivos, cronograma de actividades, recursos necesarios y responsables
- ✓ Revisar la normatividad y documentos técnicos
- ✓ Elaborar los instrumentos necesarios para recoger la información
- ✓ Aplicación de las técnicas de evaluación, como la observación directa, la revisión documentaria, las entrevistas y las reuniones de problematización
- ✓ Recojo y análisis de la información
- ✓ Elaborar el informe de evaluación

3. APLICAR HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS CAUSAL DE LAS INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE CUMPLEN FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Una vez identificados los problemas que llevan a las infecciones y otros eventos adversos en los establecimientos de salud, se requiere que el Comité de Control de Infecciones realice un análisis de las causas que lo originan. Para ello, deberá promover una reunión de problematización con todos los jefes de áreas o servicios involucrados. Las herramientas más comunes utilizadas para este fin son:

Lluvia de ideas:

- ✓ Es un método que ayudará al equipo a identificar las causas de las debilidades identificadas en un tiempo corto.
- ✓ Es importante recordar los siguientes pasos:
 - Definir claramente el objetivo de la lluvia de ideas y asegurarse de que todos la entiendan
 - Dar a todos un par de minutos de silencio para pensar en las posibles causas
 - Invitar a todos a decir sus ideas, aún si suenan muy simples
 - Que alguien registre, en donde todos puedan ver, las ideas que se van mencionando; revisar si es la idea exacta la que se está escribiendo. Esto permite que los demás construyan ideas generadas alrededor de otras ideas
 - Finalmente no hacer juicio alguno de ninguna idea hasta que el proceso se haya completado

Árbol de problemas:

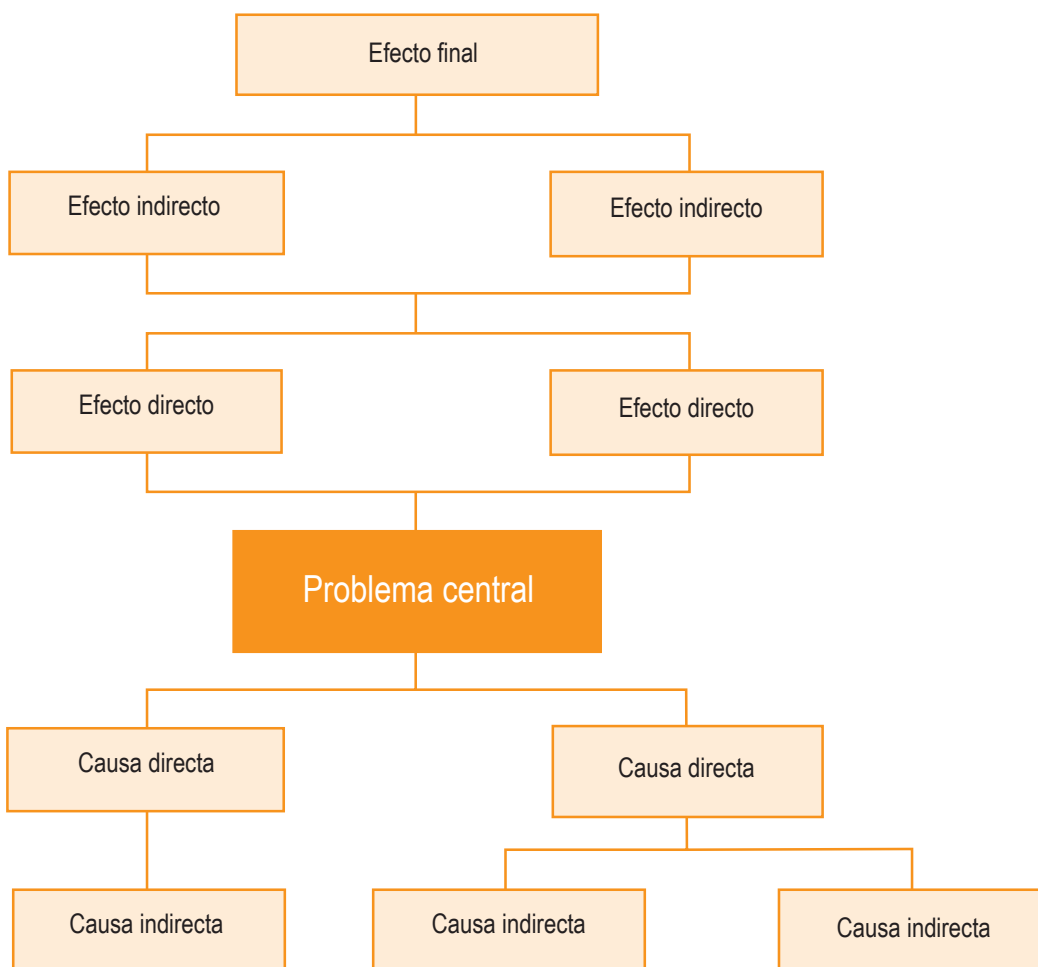
Es un método que busca establecer las causas y efectos de un problema y los ordena en forma estructurada en función a su correspondencia.

Recordar que los pasos para su elaboración son:

- ✓ Colocar el problema principal en el centro del árbol, pues es el problema central, del que se requiere identificar sus causas.
- ✓ Identificar las causas del problema principal; para ello, es importante realizar una lluvia de ideas que permita identificar las posibles causas del problema.

8 Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo. MINSA, 2007

- ✓ Relacionar las causas entre sí. Un procedimiento que puede ayudar en el reconocimiento de las causas consiste en preguntar para cada una de ellas ¿Por qué ocurre esto? Si la respuesta se encuentra en el listado ya elaborado, se habrán encontrado diferentes niveles de causalidad. En este paso, es necesario agrupar las causas de acuerdo a su relación con el problema central. Esto implica dividir las causas por niveles, ya que es posible que algunas de las causas afecten directamente el problema (causas directas) y otras lo afecten a través de las anteriores (causas indirectas).
- ✓ Agrupar las causas dentro del árbol de causas, aquellas que son directas en el primer nivel, debajo del problema y las causas indirectas en el segundo y hasta tercer nivel.
- ✓ Identificar los efectos del problema principal. Los efectos permiten imaginar la situación que existiría si el problema subsistiera. Para identificar los efectos preguntarse: ¿si el problema subsistiera qué consecuencias tendría? Los efectos pueden ser actuales, aquellos que existen y pueden ser observados y aquellos que aún no se producen, pero que es posible que aparezcan.
- ✓ Relacionar causas y efectos del problema principal.



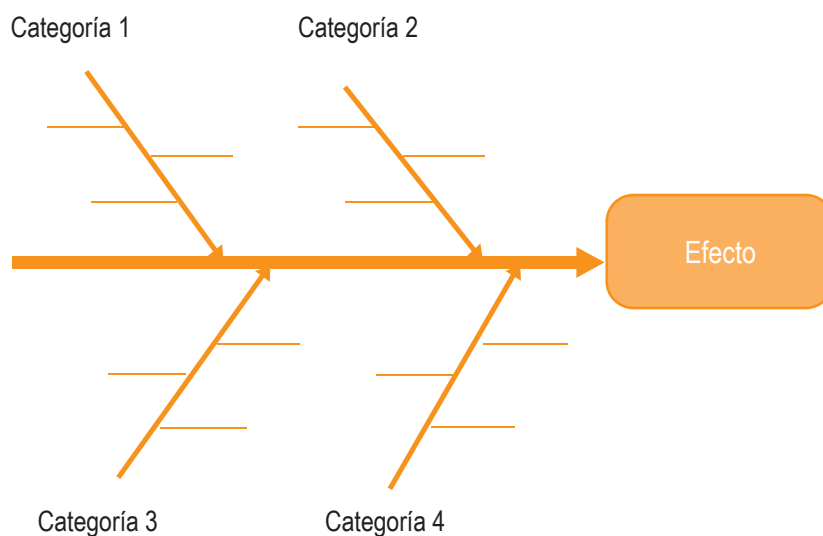
Espina de Ishikawa:

Esta herramienta permite analizar las causas de un problema, lo que establece la relación entre el efecto y todas las posibles causas que lo influyen, y las agrupa por afinidad o categoría.

Los pasos más importantes para su elaboración son los siguientes:

- ✓ Seleccionar el efecto o característica de calidad sobre el cual se va a trabajar. Esto puede parecer un paso trivial, pero debemos recordar que estamos intentando desglosar un problema en pequeñas partes.
- ✓ Desglosar las causas por categorías principales, por ejemplo: Organización, personas, métodos, equipamiento/materiales, las que se colocan en la parte superior e inferior de la "Espina" principal.

- ✓ Añadir todas las causas menores a las correspondientes principales. Estas simplemente se anotan en el diagrama y se conectan a las flechas de las causas principales por medio de líneas o flechas.

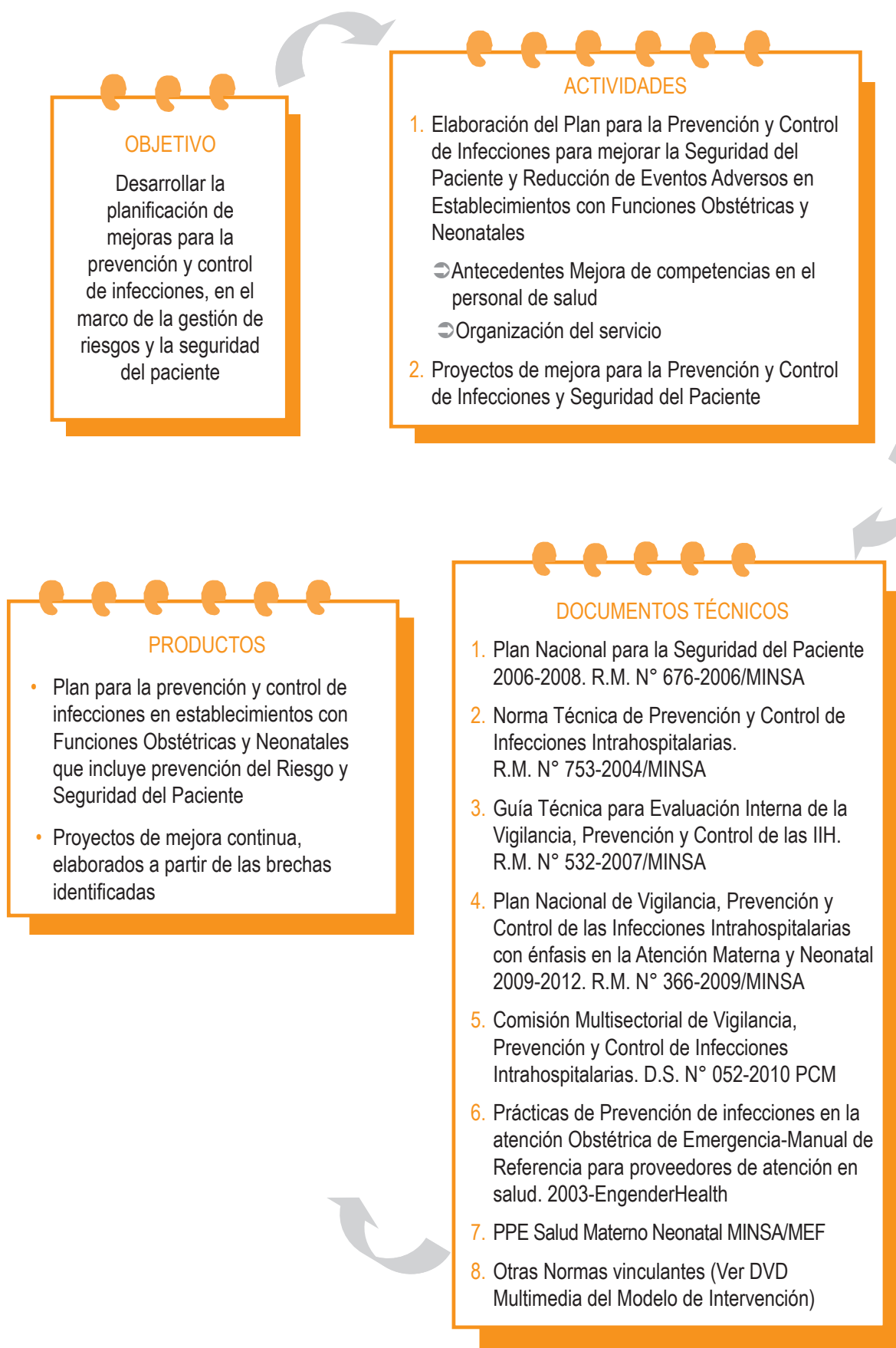


La identificación de las causas permite un mejor abordaje del problema de las infecciones intrahospitalarias, el mismo que debiera hacerse por cada tipo de infección. A continuación, se presenta un ejemplo de análisis causal del Hospital Regional de Ayacucho:



Fuente: Hospital Regional de Ayacucho, 2005

MOMENTO 2: PLANIFICACIÓN DE MEJORAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS)



1. ELABORACIÓN DEL PLAN PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL DE INFECCIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REDUCCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Una vez identificados los principales riesgos a los que están expuestos los usuarios/pacientes y trabajadores, es necesario elaborar un plan para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, en el marco de las acciones por la Seguridad del Paciente.

El Comité local de Control de Infecciones del Establecimiento de Salud es el responsable de facilitar la elaboración de este Plan, a través de una reunión técnica en que participen los jefes de todas las áreas o servicios, e involucre a la mayoría de trabajadores a fin de que se comprometan en la tarea de la prevención y control de las infecciones.

Para la elaboración del Plan de Prevención y Control de Infecciones, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos se propone una reunión de dos días, cuya agenda sería la siguiente:

Contenido	Metodología	Responsable	Tiempo
Gestión de riesgo y seguridad del paciente	Exposición dialogo	Jefe/Director del Establecimiento de Salud	1 hora
Infecciones intrahospitalarias	Exposición dialogo	Miembro del Comité de IIH	1 hora
Análisis causal de las brechas o riesgos identificados para la prevención de IIH	Trabajo de grupos Plenaria	Miembro del Comité de IIH	2 horas
Identificación de acciones a desarrollar para el cumplimiento de estándares que garanticen la prevención y control de IIH y la seguridad en la atención	Trabajo de grupos Plenaria	Miembro del Comité de IIH	3 horas
Identificación de objetivos a plantearse en el plan	Plenaria	Miembro del Comité de IIH	1 hora
Identificación de indicadores trazadores sobre los cuales medir el avance	Plenaria	Miembro del Comité de IIH	1 hora
Elaboración de matriz de actividades para alcanzar los objetivos (cronograma)	Trabajo de grupos Plenaria	Miembro del Comité de IIH	2 horas
Definir presupuesto para la implementación del plan (recursos necesarios)	Trabajo de grupos Plenaria	Miembro del Comité de IIH	2 horas

El Plan de Prevención y Control de las Infecciones: Intrahospitalarias puede tener la siguiente estructura:

I. Aspectos generales:

Explicar el contexto de las IIH y la importancia de la prevención y control a nivel internacional, nacional y local
Explicar las condiciones de seguridad del paciente y los Eventos Adversos vinculados con la SMN

II. Diagnóstico situacional de las IIH en el establecimiento de salud:

Considerar los resultados de la vigilancia e identificación de necesidades y problemas institucionales con énfasis en la atención de la Salud Materna y Neonatal (tomar los datos del análisis de brechas)

III. Priorización de problemas a ser abordados en la atención de la Salud Materna y Neonatal:

- Fortalecimiento de la vigilancia;
- Aspectos normativos locales;
- Situación de las medidas de seguridad del paciente en el EE.SS.;
- Situación de los Eventos Adversos;
- Capacitación;
- Supervisión y evaluación, y
- Otros de interés institucional

IV. Objetivos:

(Definirlos sobre la base de las brechas identificadas, se recomienda usar objetivos meta.) Por ejemplo:

- **General:**
Reducir en un 20% la tasa de incidencia de IIH obstétricas y neonatales
- **Específicos:**
 - a) 100% de servicios de áreas críticas (materna y neonatal) realizan vigilancia activa de IIH.
 - b) 100% de servicios de áreas críticas (materna y neonatal) reportan en forma diaria eventos adversos priorizados.
 - c) Incrementar la proporción de trabajadores de salud que se lavan las manos correctamente de un 25% hasta un 60% en las áreas críticas.
 - d) otros

V. Actividades a desarrollar:

Para alcanzar los objetivos: se plantea algunos ejemplos:

- Diagnóstico base
- Armonizar los sistemas de registro existente
- Organización del servicio a través de la elaboración e implementación de normas locales relacionadas con:
 - Atención del parto
 - Implementación de la antibióticoprofilaxis en cesáreas
 - Lavado de manos clínico y quirúrgico (Indicaciones, material, personal, procedimientos)
 - Uso racional de antimicrobianos, antisépticos y desinfectantes (uso, indicaciones, antibióticoprofilaxis, período de vencimiento, precauciones)
 - Otras guías de interés (manejo de residuos sólidos, curación de heridas quirúrgicas, prevención de úlceras, cateterización, entre otros)
- Implementación con materiales e insumos para el lavado de manos y otros procedimientos de riesgo
- Elaboración de planes de mejora para la solución de los problemas identificados (además para Seguridad del Paciente y Eventos Adversos)
- Desarrollo de actividades de capacitación orientadas a fortalecer las capacidades en el personal en prevención y control de IIH en el marco de la gestión del riesgo
- Monitoreo y supervisión de prácticas de atención

VI. Cronograma:

Considerar actividades, según objetivo, responsables y tiempo

VII. Presupuesto

2. PROYECTOS DE MEJORA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los proyectos de mejora continua de la calidad son herramientas importantes, que permiten abordar problemas específicos de cada establecimiento de salud y están relacionados con la mejora de los procesos y el logro de resultados. En este caso, enfocados a la prevención y control de las infecciones y, a la seguridad del paciente. Presentamos algunos ejemplos de situaciones que puede ameritar la realización de un plan de mejora:

- ✓ Personal de salud no cumple con medidas de prevención y control

O por los resultados obtenidos, a través de la vigilancia de infecciones:

- ✓ Incremento de las endometritis puerperales

La elaboración de un proyecto de mejora requiere de dos momentos:

1. En el primer momento, una vez identificado el problema (en los procesos o resultados), se responde a 3 preguntas claves:

¿Qué estamos tratando de lograr?: Se expresa en la mejora que se quiere lograr. (Objetivo)

¿Cómo sabemos que un cambio es una mejora?: Mide el avance respecto, a lo que se quiere lograr. (Indicador)

¿Qué cambio podemos hacer que resulte en una mejora?: Todo proceso de mejora requiere de cambios, pero no todo los cambios resultan en mejoras. Para ello, hay que identificar los cambios que tengan mayor probabilidad de resultar en mejoras (Acciones)

2. En el segundo momento, se ejecutan los ciclos de mejora o ciclos PHEA/PDSA, a partir de las acciones definidas en el momento anterior.

- ✓ Planificar las acciones de cambio
- ✓ Hacer o ejecutar, las acciones planificadas
- ✓ Estudiar, a través de datos si los cambios propuestos resultaron en mejoras
- ✓ Actuar y tomar la decisión de implementar e institucionalizar los cambios, una vez demostrado que llevan a mejoras

La metodología para la aplicación de los proyectos de mejora se describe a detalle en la *Guía de acompañamiento: Mejorando la Calidad en los Servicios de Salud*⁹.

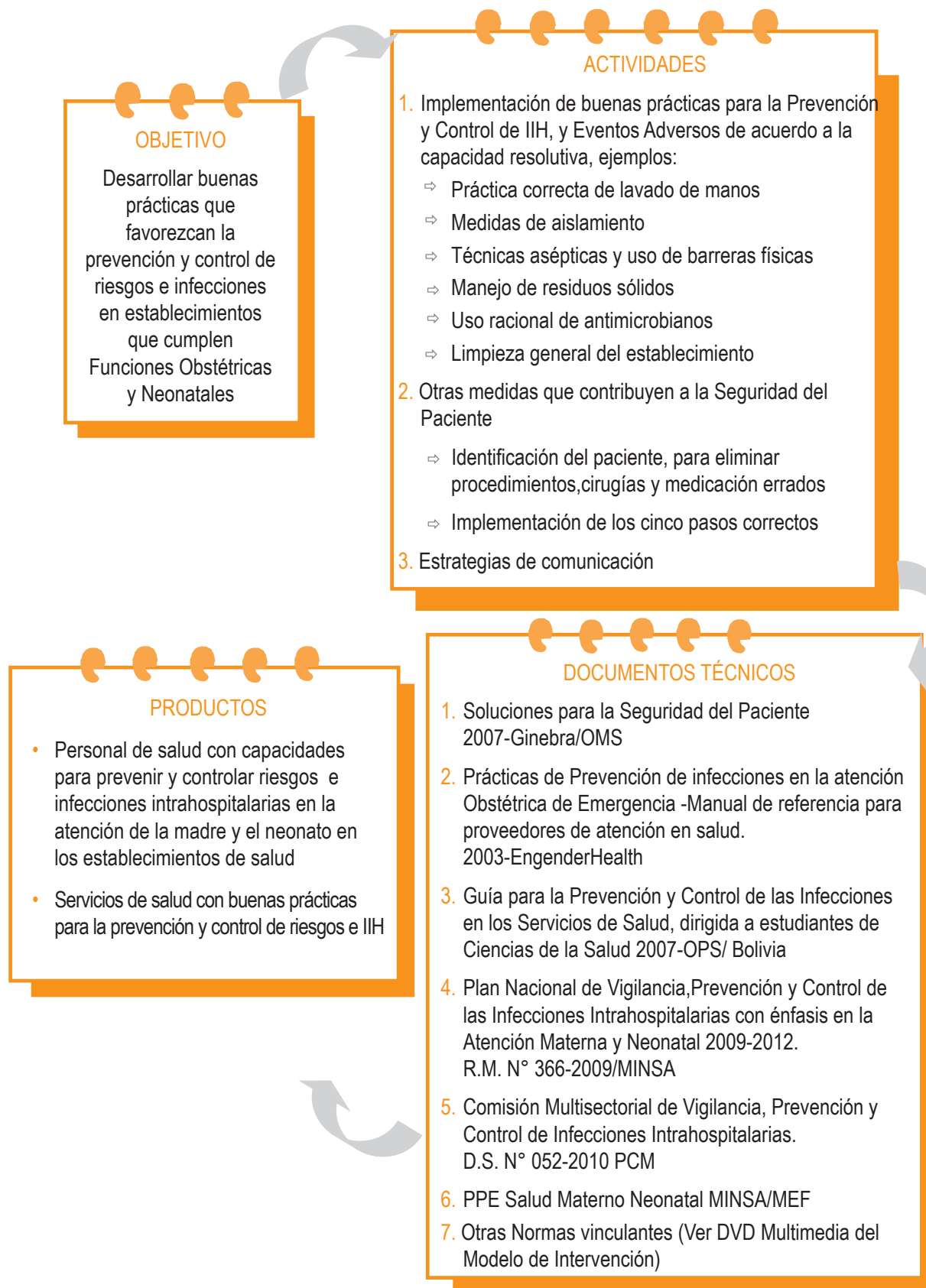
En el Anexo N° 5, se presenta un esquema que puede ser usado como referencia.



El Equipo de Salud de la Red Obstétrica y Neonatal puede consultar para elaborar los proyectos de mejora para la prevención y control de Infecciones (Seguridad del paciente y Eventos Adversos) los siguientes documentos de referencia:

- PPE Salud Materno Neonatal MINSA/MEF
- Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la Atención Materna y Neonatal 2009-2012 R.M. N° 366-2009/MINSA
- Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. D.S. N° 052-2010 PCM

MOMENTO 3: IMPLEMENTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS) EN ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES



1. IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE IIH, Y EVENTOS ADVERSOS DE ACUERDO A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

Las “buenas prácticas” se refieren a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecúan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como, también, toda experiencia en la que su aplicación ha arrojado resultados positivos, que demuestran su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

La aplicación de buenas prácticas para la prevención y control de infecciones ha demostrado que contribuye a la disminución del riesgo en los servicios de salud. Una buena técnica aséptica puede prevenir o minimizar el riesgo de infección durante los procedimientos clínicos. Las prácticas de prevención de infecciones y las precauciones estándares, con frecuencia, ven comprometido su cumplimiento en situaciones de emergencia.

Presentamos algunas de las prácticas más importantes para la prevención de infecciones y eventos adversos:

⇒ Práctica correcta de lavado de manos

Es la medida más importante para reducir la transmisión de microorganismos de una persona a otra, y entre un espacio y otro.

Es el procedimiento que permite tener las manos aptas para la atención de salud de acuerdo a la maniobra a realizar. Este procedimiento está descrito en la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias RM N° 523-2007 MINSA. A continuación, se presentan algunos aspectos a tener en cuenta:

Tipos de lavado:

Lavado de Manos Social o de Rutina. Elimina la flora transitoria. Los insumos son agua potable corriente, detergente convencional preferible neutro o anfótero y toalla individual desechable. El tiempo de fricción es de 15 segundos.

Lavado Clínico. Procedimiento que inhibe la flora residente temporal. Los insumos son agua potable corriente de calidad microbiológica, detergente antiséptico y paño estéril. El tiempo de fricción es de 30 segundos. Cuando las manos se han lavado clínicamente, se mantienen limpias, hasta por 4 a 6 intervenciones, por tanto, se puede utilizar el alcohol gel entre cada intervención. Cuando no se dispone de detergente antiséptico se puede emplear jabón neutro y, después del enjuague, una solución antiséptica alcohólica.

Lavado Quirúrgico. Procedimiento que inhibe la flora residente temporal y permanente. Los insumos son agua potable corriente de calidad microbiológica, detergente antiséptico y paño estéril. El tiempo de fricción es de dos minutos e incluye los antebrazos.

El Lavado de las Manos debe realizarse en forma rutinaria tan pronta y meticulosamente como sea posible, en cada contacto con los pacientes y después del contacto con sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones y equipos contaminados, por ejemplo:

- ✓ Antes y después de examinar al paciente
- ✓ Antes de ponerse los guantes para los procedimientos clínicos
- ✓ Después de quitarse los guantes utilizados durante los procedimientos clínicos
- ✓ Después de tocar cualquier elemento que pueda estar contaminado
- ✓ Después de usar el inodoro o la letrina

Antisépticos más recomendados para lavados clínicos y quirúrgicos

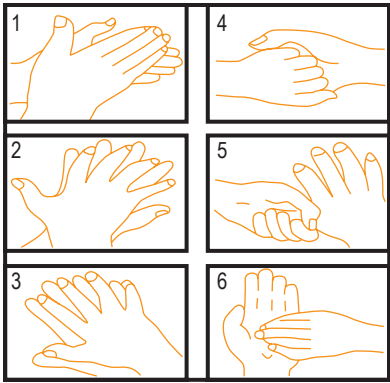
- ✓ Clorhexidine 2% solución deterdensiva*1, Yodo-Povidona 0.7-0.8%, Yodo disponible en solución deterdensiva*1,2
- ✓ Clorhexidine 4% solución deterdensiva*2, Yodo-Povidona 0.7-0.8%, Yodo disponible en solución deterdensiva*1,2
- ✓ Alcohol etílico o isopropílico al 76-80% v/v en gel*3

Descripción de la técnica de Lavado de Manos

Condiciones:

- ✓ Las manos y antebrazos deben estar libres de anillos, pulseras y reloj (áreas críticas)
- ✓ Para los tres tipos de Lavado de Manos, el tipo de frotado es el mismo (6 pasos)

Figura N° 1: Técnica de Lavado de Manos, según tipos



Lavado de rutina
Manos hacia abajo
1. Enjuague de la espita
2. Humedecer las manos
3. Enjabonado 15 ml de solución y limpieza uñas / 15 - 30"
4. Frotado: 6 pasos / 15"
5. Secado por presión con el papel
6. Cierre de la espita con el mismo papel

Lavado clínico
Manos y antebrazos en alto
1. Humedecer las manos
2. Enjabonado 15 ml de solución y limpieza uñas / sub ungueal
3. Frotado: 6 pasos / 30"
4. Enjuague: 6 pasos / 30"
5. Secado prolijo por presión con paño o papel o Alcohol Gel 3 ml / 5 a 30" de frotado vigoroso hasta secar

Lavado quirúrgico
Manos y antebrazos en alto
1. Humedecer las manos
2. Enjabonado 15 ml de solución y limpieza uñas / sub ungueal
3. Frotado: 6 pasos / 30"
4. Enjuague: 6 pasos / 30"
5. Enjabonado 15 ml de solución y frotación antebrazos hasta 10 cm encima del codo / 30"
6. Enjuague con frotación
7. Secado prolijo con paño estéril al interior del quirófano

Técnica de higiene de manos con solución alcohólica

La solución de alcohol se usa cuando no es posible ni práctico lavarse las manos con jabón y agua corriente. Los pasos a seguir son los siguientes:

- ✓ Aplica una dosis de solución alcohólica (isopropílico o etílico de 60°-70° con emolientes);
- ✓ Distribuye por toda la superficie de las manos y dedos, y realiza el frotado como se muestra en la Figura N° 1
- ✓ Fricciona hasta que la piel quede seca (no debe quedar mojada con alcohol; si es así, la asepsia, no fue efectiva).

⇒ Medidas de aislamiento

Estas comprenden Precauciones Estándar, designadas para el cuidado de todos los pacientes, sin importar su condición. La implementación de las Precauciones Estándar es la estrategia primaria para el éxito del control de las infecciones asociadas a los servicios de salud.

Las Precauciones basadas en las vías de transmisión, están designadas para el cuidado de pacientes específicos, conocidos o sospechosos de estar infectados o colonizados con agentes infecciosos epidemiológicamente importantes, por lo cual son necesarias precauciones adicionales más allá de las Precauciones Estándar. Hay tres tipos de Precauciones Basadas en las Vías de Transmisión:

- ✓ Precauciones para la transmisión por aire
- ✓ Precauciones para la transmisión por gotas
- ✓ Precauciones para la transmisión por contacto

Las Precauciones de Aislamientos persiguen los siguientes objetivos:

- ✓ Ser epidemiológicamente seguras;
- ✓ Reconocer la importancia que tienen todos los fluidos corporales, secreciones y excreciones en la transmisión de agentes infecciosos en los servicios de salud;
- ✓ Tener adecuadas precauciones en las infecciones transmitidas por aire, gotas y contacto;
- ✓ Ser simples y fáciles de aplicar, y
- ✓ Usar nueva terminología para evitar la confusión con el sistema de control de infecciones y aislamientos ya existentes

Es preciso aclarar que las medidas de aislamiento deben aplicarse siguiendo rigurosas normas científicas, de acuerdo a la epidemiología de la enfermedad y su modo de transmisión, lo que evita la adopción de medidas emocionales derivadas de temores injustificados.

Cuando se decide un aislamiento, es preciso conocer: ¿cuál es la enfermedad?, ¿cómo se transmite?, ¿cuál es el riesgo para el personal de salud, estudiantes, otros pacientes y los familiares? y ¿cuál es el riesgo para el paciente?

En el Anexo 8 de la Guía de Evaluación Interna para la Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias (RM N° 523-2007/MINSA), se describe las normas de aislamiento.

⇒ Técnicas asépticas y uso de barreras físicas

La Técnica aséptica se refiere a las prácticas realizadas justo antes o durante un procedimiento clínico o quirúrgico para reducir el riesgo de infección, es decir la probabilidad de que microorganismos penetren en áreas del cuerpo donde pueden causar infección.

La práctica de los procedimientos incluidos en la técnica aséptica se puede hacer en forma separada o combinada. Esta deberá adecuarse al tipo de procedimiento clínico, al riesgo, a la gravedad de las infecciones que se quiere prevenir y al grado de contaminación microbiana.

Los procedimientos y equipos utilizados para realizar las técnicas asépticas son las siguientes:

- ✓ Lavado de manos antiséptico, este fue descrito detalladamente antes.
- ✓ Uso de barreras físicas, el uso de barreras ayuda a reducir el riesgo de infecciones accidentales, tanto en pacientes como proveedores. En otras palabras, disminuye la probabilidad de que estén expuestos a microorganismos. Estas barreras incluyen:
 - **Guantes estériles:** Los mismos que se usan para todos los procedimientos durante los cuales las manos estarán en contacto con el torrente sanguíneo o con tejidos subcutáneos del paciente. El personal de salud debe usar guantes siempre que requiera realizar las siguientes acciones:
 - Tocar tejidos o secreciones potencialmente infectados o tejidos que son vulnerables a infecciones
 - Manipular sangre u otros fluidos corporales
 - Manejar materiales y superficies ambientales que han sido contaminados por tejidos y secreciones potencialmente infectados
 - Desempeñar labores de aseo y procesamiento de instrumentos
 - **Máscara:** Impide que los microorganismos expulsados al hablar, toser o respirar lleguen al paciente, y protegen la boca del proveedor de salpicaduras de sangre u otros fluidos
 - **Gafas y protectores faciales:** Protegen los ojos, la nariz y la boca del personal de salpicaduras de sangre u otros fluidos
 - **Batas y delantales impermeables:** Protegen al personal de salud de salpicaduras de sangre y otros fluidos. Evitan que los microorganismos de los brazos, torso y ropa del personal de salud lleguen al paciente
 - **Gorros:** Evitan que los microorganismos del cabello y la piel del personal de salud lleguen al usuario
 - **Calzado:** Botas o zapatos cerrados de cuero o caucho ayudan a minimizar el número de microorganismos que se traen al área quirúrgica o de procedimientos, y protege los pies del personal de salud de lesiones o salpicaduras de sangre y otros fluidos

La exposición del personal de salud a sangre y otros fluidos corporales es considerable durante los procedimientos obstétricos, especialmente, en emergencias, lo cual los coloca en alto riesgo de infección. El VIH y el virus de la hepatitis B pueden penetrar en el organismo a través de la delgada mucosa de los ojos, nariz, labios, boca, así como por la piel fisurada de las manos.

Establecer y mantener un campo estéril:

- ✓ Un campo estéril se establece y mantiene para reducir el riesgo de contaminar el sitio quirúrgico o de procedimiento, y para conservar la esterilidad de los instrumentos y otros elementos usados durante el procedimiento.
- ✓ El campo quirúrgico estéril, se crea al colocar, campos quirúrgicos estériles alrededor del sitio quirúrgico o de procedimiento.
- ✓ Un campo estéril, para los instrumentos y suministros, se crea al colocar campos estériles sobre una superficie plana, como una bandeja de instrumentos o en un recipiente estéril para instrumentos.
- ✓ Los límites del campo estéril incluyen lo siguiente:
 - Batas del personal de cirugía,

- El campo operativo estéril,
- Bandeja o recipiente para instrumentos y suministros.

Otros procedimientos frecuentes:

- ✓ Técnica quirúrgica adecuada.- La atención minuciosa al sangrado y el manejo adecuado de los tejidos durante los procedimientos quirúrgicos y clínicos pueden ayudar a reducir el riesgo de infección.
- ✓ Uso apropiado de antibióticos profilácticos.- El uso de antibióticos profilácticos (administrar antibióticos antes o durante un procedimiento para evitar el desarrollo de infecciones) no reemplaza la prevención adecuada de infecciones. Evite el uso rutinario e indiscriminado de los antibióticos profilácticos: ello aumenta los costos y la probabilidad de originar resistencia a los mismos.

Existen algunos procedimientos para los cuales la profilaxis con antibióticos es indicada. Estos comprenden:

- Procedimientos intrauterinos durante los cuales la contaminación por la flora vaginal es inevitable, que incluyen: Extracción manual de la placenta, versión podálica interna, compresión bimanual del útero y operación cesárea
- Un procedimiento invasivo durante el cual no se siguieron prácticas adecuadas de prevención de infecciones
- Un procedimiento practicado en una paciente con compromiso inmunológico severo
- ✓ Crear área quirúrgica o de procedimientos más seguros.- Se necesita un ambiente limpio en el área quirúrgica o de procedimientos. La limpieza y el aseo rutinario, antes y después de los procedimientos, son componentes importantes de la prevención de infecciones.
- ✓ Uso y eliminación de objetos punzocortantes.- Tomar precauciones para prevenir heridas cuando se usan agujas, bisturís y otros instrumentos o dispositivos punzantes, es decir, cuando se manipulan instrumentos punzantes después de procedimientos, cuando se limpian los instrumentos utilizados o cuando se descartan las agujas usadas. Se debe colocar las agujas, lancetas, bisturís y demás objetos punzantes en contenedores resistentes a la punción, los cuales deben estar lo más cerca posible del lugar donde se utiliza el instrumento cortopunzante (llevar el contenedor hacia donde está el paciente que usará la aguja y no la aguja usada hacia el contenedor).

Las lesiones producidas por agujas y otros objetos cortopunzantes son la causa número uno de infecciones del personal por patógenos en la sangre. Todos los que tengan contacto con objetos punzocortantes están en riesgo de infecciones. Los accidentes, por lo general, se producen:

- Cuando van a tapar, doblar o partir las agujas hipodérmicas
- Cuando son pinchados por una persona que transporta objetos punzocortantes no protegidos
- Cuando los objetos punzocortantes, se encuentran en sitios inesperados, como ropa blanca
- Durante procedimientos en los cuales se usan muchos objetos punzocortantes. No pueden ver sus manos o trabajan en un espacio reducido y confinado (por ejemplo, durante muchos procedimientos ginecológicos)
- Cuando manipulan o eliminan desechos que contienen objetos punzocortantes
- Cuando los pacientes se mueven repentinamente durante la aplicación de una inyección

Las lesiones por pinchazos reportados con más frecuencia afectan al personal de enfermería, laboratorio, médicos, personal de limpieza y otros trabajadores sanitarios. Los patógenos más importantes entre estos son los virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C y virus de la inmunodeficiencia humana.

Una forma de prevención de un accidente con objetos punzocortantes durante un procedimiento, es usar la técnica de Manos Libres, es decir:

- ✓ El asistente/a coloca el objeto punzocortante en una riñonera estéril u otra zona segura
- ✓ El asistente/a informa al profesional que el objeto punzocortante está en la zona segura
- ✓ El proveedor/a toma el objeto punzocortante, lo usa y lo coloca de nuevo en la zona segura

La eliminación inadecuada de los objetos punzocortantes contaminados puede causar infecciones a la comunidad. Para evitar accidentes, se recomienda:

- ✓ No colocar o tapar las agujas

- ✓ No doble, corte o parta las agujas
- ✓ No retire las agujas de las jeringas antes de desecharlas
- ✓ Coloque los objetos punzocortantes en recipientes a prueba de perforaciones, como una caja metálica, una caja de cartón fuerte o un envase plástico de jugo. Estos recipientes deben ubicarse en todas las áreas donde se utilizan.
- ✓ Use guantes multiusos cuando deseche los recipientes para objetos punzocortantes.

Una de las medidas que permite la disminución de algunas infecciones específicas, caso hepatitis B, durante la práctica diaria, es la vacunación.

Una vez ocurrido el accidente, la notificación y evaluación oportuna es sumamente importante para iniciar la profilaxis con medicamentos u otra terapia después de una exposición. Ello puede reducir el riesgo de transmisión de algunos patógenos sanguíneos

Las terapias incluyen:

- ✓ Para hepatitis B: La inmunoglobulina y la vacuna para la hepatitis B pueden reducir el riesgo de infección después de la exposición a sangre u otros fluidos contaminados
- ✓ Para VIH: varias drogas antirretrovirales usadas solas o combinadas se han recomendado para reducir el riesgo de transmisión del VIH después de una exposición
- ✓ Para la hepatitis C: No existe profilaxis disponible

⇒ Manejo de residuos sólidos

Los residuos sólidos que se generan en los hospitales, producto de las actividades asistenciales, constituyen un peligro para la salud de las personas si en circunstancias no deseadas, la carga microbiana que contiene los residuos biocontaminados ingresa al organismo humano. Estos pueden ingresar mediante vía respiratoria, digestiva o dérmica.

En cuanto a los desechos, el personal de salud tiene la responsabilidad de eliminar los desechos en una forma que implique el menor peligro para los usuarios, los visitantes, otro personal de salud y la comunidad. Cualquiera que maneje desperdicios contaminados, desde el momento en que el personal lo desecha hasta después de que llegue al sitio de la eliminación final, está en riesgo de infecciones o lesiones.

La eliminación adecuada:

- ✓ Minimiza la propagación de infecciones y reduce el riesgo de lesiones accidentales en el personal, los usuarios, los visitantes y la comunidad en general
- ✓ Ayuda a ofrecer un ambiente estéticamente agradable
- ✓ Reduce los olores
- ✓ Atrae menos insectos y animales
- ✓ Reduce la probabilidad de contaminar el agua de la superficie o la subterránea

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) ha elaborado la Norma Técnica: Procedimientos para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios. En esta Norma, la cual es de cumplimiento obligatorio para todos los establecimientos de salud, se describe el procedimiento a seguir para el manejo adecuado de los residuos sólidos. A continuación, se presentan algunos aspectos relevantes a tener en cuenta.

Clasificación de los residuos sólidos:

- Residuos Biocontaminados:** Son aquellos residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica y que están contaminados con agentes infecciosos o que pueden contener altas concentraciones de microorganismos, son de potencial riesgo para la persona que entra en contacto con dichos residuos. Estos, a su vez, se subdividen en biológicos: bolsas que contienen sangre humana y hemoderivados, residuos quirúrgicos y anátomo-patológicos, punzocortantes, animales contaminados.
- Clase B: Residuos Especiales:** Son aquellos residuos peligrosos generados en los hospitales, con características físicas y químicas de potencial peligro por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo y reactivo para la persona expuesta. Se subdividen en residuos químicos peligrosos, residuos farmacéuticos y residuos radioactivos.
- Clase C: Residuo común:** Compuesto por todos los residuos que no se encuentran en ninguna de las categorías anteriores y que, por su semejanza con los residuos domésticos, pueden ser considerados como tales. En esta categoría, se incluyen, por ejemplo, los residuos generados en áreas de administración, aquellos provenientes de la limpieza de jardines, patios, áreas públicas, restos de la preparación de alimentos y, en general, todo material que no puede clasificarse en las categorías A y B.

Toda institución de salud, sin importar el tamaño que tuviera, debe tener un Plan de Gestión de manejo de residuos sólidos.

Las etapas del manejo de residuos sólidos son¹⁰:

- a) **Acondicionamiento:** Es la preparación de los servicios y áreas hospitalarias con los materiales e insumos necesarios para clasificar los residuos de acuerdo a los criterios técnicos establecidos según Norma.
- Estos materiales deben cumplir con las especificaciones técnicas indicadas en los Anexos N° 1 y N° 2. Dependiendo del tipo de residuo que se genere, los recipientes deberán ser rotulados y tener un color de bolsa que se indica en el cuadro siguiente:

Tipo de residuo	Color de bolsa	Símbolo
Biocontaminados	Rojo	
Comunes	Negra	Sin Símbolo
Especiales	Amarilla	Sin Símbolo

- b) **Segregación y almacenamiento primario:** Es un procedimiento fundamental para el manejo de residuos en el punto de generación, el cual asegura un manejo selectivo posterior para los residuos biocontaminados. Esta acción consiste en agrupar determinados componentes o elementos físicos de los residuos sólidos para ser manejados en forma especial en el mismo lugar de la generación y posterior a su remoción hasta el almacenamiento final.
- c) **Almacenamiento intermedio:** Es el lugar o ambiente donde se acopian temporalmente los residuos generados por las diferentes fuentes de los servicios cercanos, distribuidos estratégicamente por pisos o unidades de servicio. Este almacenamiento se implementará de acuerdo al volumen de residuos generados en el hospital.
- d) **Recolección interna:** Es la actividad realizada para coleccionar los residuos de cada unidad o servicio del hospital.
- e) **Transporte interno:** Consiste en trasladar los residuos al almacenamiento intermedio o final, según sea el caso, considerando la frecuencia de recojo de los residuos establecidos para cada servicio.
- f) **Almacenamiento final:** En esta etapa, los residuos provenientes del almacenamiento intermedio son depositados temporalmente para su posterior tratamiento y/o disposición final.
- g) **Tratamiento:** Cualquier proceso, método o técnica que permita modificar las características físicas, químicas o biológicas del residuo, a fin de reducir o eliminar su potencial peligro de causar daño a la salud y el ambiente, así como hacer más seguras las condiciones de almacenamiento, transporte o disposición final. Este procedimiento se puede realizar dentro del hospital o a través de una Empresa Prestadora de Servicios de Residuos Sólidos (EPS-RS), debidamente registrada y autorizada por la autoridad correspondiente.
- h) **Recolección externa:** Esta actividad implica el recojo de los residuos, por parte de la EPS-RS, debidamente registrada en la DIGESA y autorizada por la municipalidad correspondiente (desde el hospital hasta su disposición final).
- i) **Disposición final:** Deberá realizarse en una Infraestructura de Disposición Final (IDF-RS) debidamente registrada en la DIGESA y autorizada por la autoridad competente para el manejo de residuos de origen hospitalario, la misma que deberá contar con celdas de seguridad de uso exclusivo para el confinamiento de dichos residuos. Estos deben ser dispuestos en rellenos sanitarios autorizados por la municipalidad.

Los criterios con los cuales el establecimiento seleccionará el tipo de tratamiento de residuos sólidos más adecuado, deberá considerar los costos de instalación, costos operativos y de mantenimiento, el número de horas diarias de utilización del sistema, factores de seguridad del personal y requerimiento normativos.

10 Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Vigía/MINSA, 2007

⇒ **Uso racional de antimicrobianos**

Para mayor información y acciones a implementar es importante considerar la revisión de Normas Técnicas del Ministerio de Salud vinculantes. Para mayor información visitar: <http://www.digemid.minsa.gob.pe>

⇒ **Limpieza general del establecimiento**

Es vital para la seguridad y salud del personal, pacientes y comunidad. Si bien algunas áreas de la institución requieren procedimientos de aseo especiales, la lista siguiente se aplica para todas las áreas:

- ✓ Establecer horarios de limpieza y colocarlos donde todo el personal de limpieza pueda verlos. Asegurarse que los horarios se cumplan estrictamente.
- ✓ Siempre usar guantes multiusos gruesos para las labores de limpieza.
- ✓ Para reducir la dispersión de polvo y microorganismos, se debe usar un trapeador húmedo o mojado para limpiar paredes, pisos y superficies, NUNCA sacudir y barrer en seco.
- ✓ Lavar las superficies de arriba hacia abajo para que los residuos caigan al piso y se limpien al final. Limpiar las instalaciones más altas primero y, luego, ir bajando.
- ✓ Cambiar las soluciones limpiadoras cuando se vean sucias. Si una solución está muy sucia tiene menos probabilidad de destruir los microorganismos potencialmente infecciosos.

2. OTRAS MEDIDAS QUE CONTRIBUYEN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ———

Además de las medidas para la prevención de las IIH, existen aquellas que permiten prevenir los riesgos y brindar seguridad en la atención:

⇒ **Identificación del paciente para eliminar procedimientos, cirugías y medicación errados**

Una causa importante de generación de incidentes es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y características de los pacientes (por ejemplo: el niño de la 21, la diabética, etc).

Al iniciar la atención médica, el primer paso debe ser la identificación correcta del paciente. Debemos eliminar cualquier punto que vulnere dicha identificación, es decir, que de pie a confusión. Una forma sencilla es elegir como política del establecimiento llamar al paciente por su nombre completo.

En el caso de las intervenciones quirúrgicas, el uso de MARCADORES ayuda a prevenir o eliminar incidentes en las intervenciones quirúrgicas.

⇒ **Implementación de los cinco pasos correctos: paciente, medicamentos, dosis, hora y vía correctos**

El manejo de los medicamentos conlleva riesgos que pueden dar lugar a graves fallas en la atención médica. La mejor manera de resumir este punto es mediante los cinco pasos correctos:

- ✓ Paciente correcto
- ✓ Medicamento correcto
- ✓ Vía correcta
- ✓ Dosis correcta
- ✓ Hora correcta

Uno de los principales retos que enfrentamos se encuentra en el manejo de medicamentos, ya que un error en la administración de los mismos puede traducirse en daño grave. Sin embargo, algo tan sencillo como repasar a manera de lista de cotejo o letanía los siguientes cinco puntos resumidos en los cinco pasos correctos podría evitar riesgos y daños.

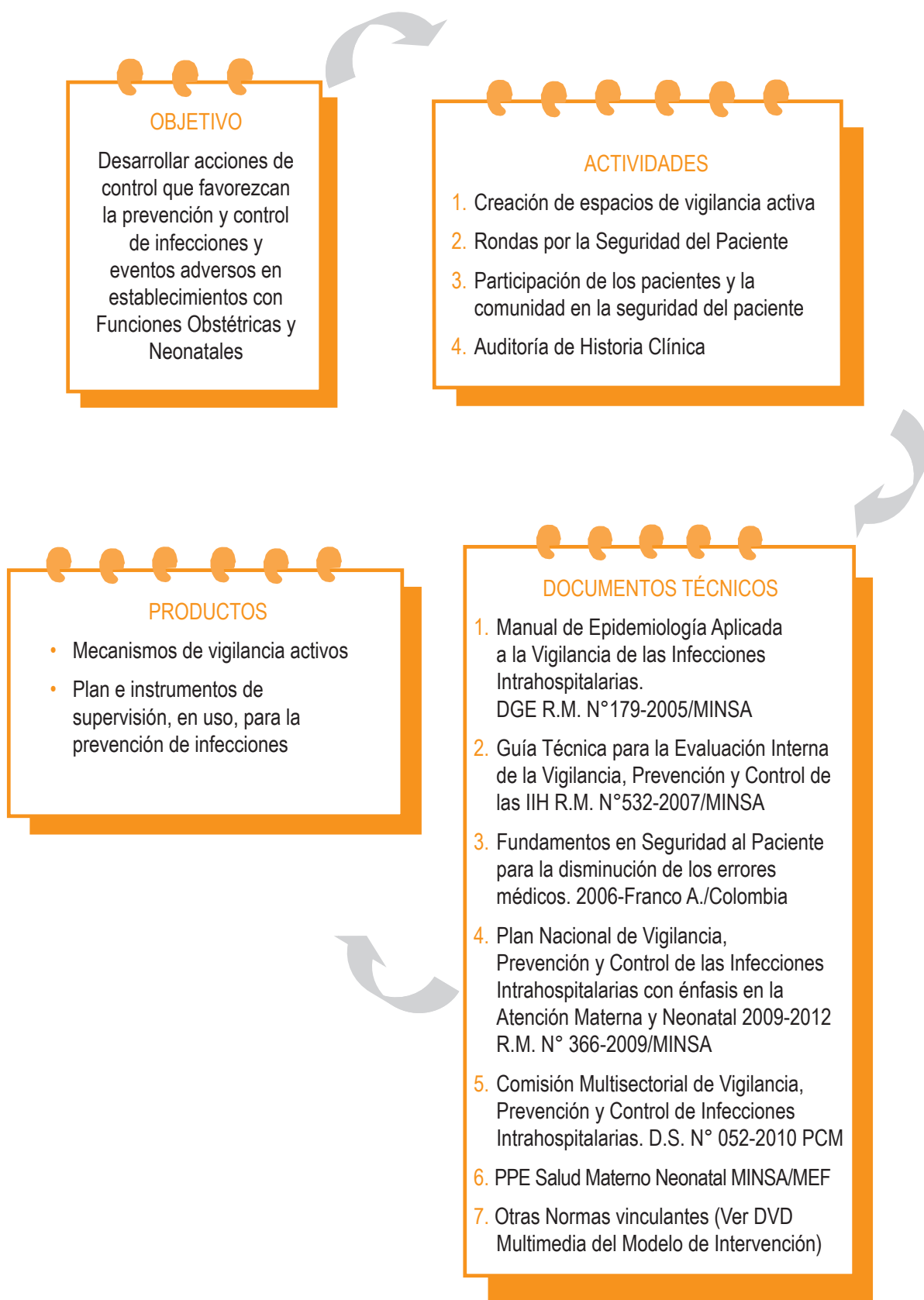
3. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN ———

Las fallas de comunicación son un factor muy frecuente en toda actividad humana, la gama de posibilidades de un error que generan eventos adversos es vasta. Ello depende de identificar claramente a la persona a quien se dirige la comunicación.

Debemos considerar:

- ✓ Usar terminología estandarizada
- ✓ Ser conciso, claro, específico y oportuno
- ✓ No utilizar abreviaturas, ni símbolos
- ✓ Cerciorarse de que se ha dado a entender (que quién reciba la orden la repita)
- ✓ Si el tiempo es un factor importante, especifique el momento en que se requiere que se efectúe la acción.
- ✓ En caso de órdenes verbales o resultados críticos de exámenes, es importante implementar un proceso de verificación, es decir, un sistema redundante que evite malas interpretaciones, errores y posible daño

MOMENTO 4: SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INFECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES



1. CREACIÓN DE ESPACIOS DE VIGILANCIA ACTIVA

La vigilancia epidemiológica de las IIH, como se mencionó, es el proceso continuo y sistemático de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la frecuencia y distribución de los procesos infecciosos adquiridos en los establecimientos y de sus factores determinantes, a fin de permitir en tiempo oportuno la toma de decisiones basada en evidencias¹¹.

Esta actividad debe realizarse en forma permanente en los establecimientos de salud, por lo que es sumamente importante que la gestión institucional realice esfuerzos para su operatividad para lo cual deberá tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ Según el nivel de complejidad, contar con una oficina, unidad de epidemiología o quien haga sus veces
- ✓ Contar con personal entrenado en vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias que permita realizar una vigilancia activa (diaria) y selectiva
- ✓ Haber definido las infecciones intrahospitalarias que serán sujetas a vigilancia en el establecimiento de acuerdo al Manual. En el área materno infantil, se vienen considerando:

En servicios:

En gineco-obstetricia : Endometritis por parto vaginal y cesárea
Infección de herida operatoria en cesárea
ITU por sonda vesical

En neonatología : Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central
Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso periférico
Neumonía asociada a ventilación mecánica

En el personal de salud:

- Accidentes punzocortantes
- Tuberculosis pulmonar
- ✓ Realizar la notificación a los niveles correspondientes dentro de los plazos establecidos
- ✓ Realizar el análisis y difusión de la información producida durante la vigilancia

Las fichas para la vigilancia activa se adjuntan en anexos. El detalle de su aplicación y la forma de realizar la vigilancia está descrita en el Manual de Epidemiología Aplicada a la Vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias.

El equipo de salud puede considerar otras IIH a vigilancia.

2. RONDAS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las Rondas de Seguridad son una herramienta gerencial con la que cuenta los directivos y profesionales asistenciales para incrementar la seguridad de la atención de salud. Consiste en la asistencia de un grupo de directivos del establecimiento a un servicio específico que se requiere evaluar. En el lugar, estas personas verifican el cumplimiento de los requerimientos de seguridad como: disposición de los medicamentos, condiciones de limpieza, estado de los equipos, etc.

La metodología propuesta es que sin previo aviso, asista la mayoría de los directivos clínicos y administrativos, y que durante una hora o un poco mas de tiempo, realicen la ronda. Para ello se han elaborado listas de preguntas que se llevan anotadas y se hacen al personal del servicio (se describe a continuación). Una reunión posterior de estos ejecutivos con los jefes de servicio evaluado es programada en un espacio no mayor de una semana para hacerla la retroalimentación necesaria y elaborar planes de acción y pequeños proyectos como respuesta a las oportunidades de mejora detectadas en la ronda.

Si bien esta estrategia ha dado buenos resultados, es importante considerar las siguientes situaciones:

- a. La asistencia en masa de varios ejecutivos a un servicio genera temor en el personal que allí labora y esto evidentemente se aleja del objetivo de la ronda que es el de promover una mejor comunicación y el mejoramiento.
- b. Las visitas de muchas personas en un servicio suelen “parar” la atención, lo cual aleja al personal de salud del cuidado de los pacientes.

11 MINSA. Manual de Epidemiología aplicada a la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias. 2006

- c. Los pacientes y sus familias pueden pensar que la visita de tantas personas es por algo malo y puede generarles desconfianza.
- d. La verificación del cumplimiento de las condiciones de calidad no puede ser algo coyuntural o esporádico en el tiempo, por el contrario, debe ser algo deliberado, programado y continuo.

Las rondas de seguridad constituyen una importante oportunidad para hablar con los pacientes y sus familiares, y recoger sus percepciones de la atención.

Por lo tanto, las rondas debe tener un carácter constructivo, educativo. Su implementación debe ajustarse a las condiciones y cultura propia de cada institución.



Preguntas a hacer durante las Rondas de Seguridad:

- ¿Qué podemos hacer nosotros para hacerles más fácil su trabajo?
- ¿Qué piensa usted que se podría hacer para que en su trabajo no pase nada malo?
- Si usted pudiera cambiar algo de su servicio para mejorar la seguridad del paciente ¿qué debería hacer?
- ¿Cuál fue el último incidente que usted observó y que le causó daño a su paciente?
- ¿Qué cree usted, teniendo en cuenta las condiciones de su servicio, será causante del siguiente evento adverso?
- ¿Cuál fue el último incidente que prolongó la hospitalización de un paciente?
- ¿Qué estuvo mal ayer?
- ¿Cuándo las cosas van mal, a quién contacta usted?
- Si usted pudiera iniciar este día otra vez, ¿qué haría diferente?
- ¿Qué pregunta debí haberle hecho yo y no lo hice?

3. PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y LA COMUNIDAD EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es actualmente consenso general en el mundo que la cultura de seguridad del paciente debe trascender más allá de las paredes del hospital hacia la comunidad a la cual atiende. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró involucrar al paciente en su cuidado, como una de sus 6 iniciativas sugeridas en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. El educar al público en general sobre lo complejo que es el cuidado de la salud hará que su participación sea más efectiva.

Se han identificado fallas en la comunicación entre el médico y su paciente como causas importantes de error médico, especialmente, en los errores no técnicos. De hecho, este tipo de fallas ocupa el primer lugar en el análisis para todas las categorías de eventos centinelas presentados en los hospitales entre los años 1995 y 2004 de acuerdo con el reporte hecho por la Joint commission.

La Agencia para la investigación de la calidad del cuidado de la salud de los EE.UU recomienda a los hospitales hacer algunas acciones educativas con los pacientes que busque que ellos tomen un papel activo en su cuidado y que, constantemente, estén indagando acerca de su condición de salud y que comprendan que los errores en la atención siempre van a existir. Asimismo, cuando estos se presentan no necesariamente son debidos a negligencia, imprudencia o impericia¹². Con estas acciones, es menos probable que se presenten errores en la atención, debido a que el personal de salud permanece más alerta. A continuación, se recomiendan algunas acciones del paciente y/o sus familiares que ayudan a prevenir el error en los diferentes escenarios de la relación médico-paciente. Por ejemplo:

12 Franco. Astolfo. Fundamentos en Seguridad al Paciente para la disminución de los errores médicos. Colombia 2006

a) En la consulta médica:

- ✓ El paciente debe cerciorarse de que el médico conoce con exactitud sus antecedentes de alergia, así como los diferentes medicamentos que está tomando, al igual que si ha presentado alguna vez una reacción adversa a medicamentos y qué tipo de reacción fue. Así no se lo pregunten, debe informar de sus antecedentes de importancia al médico tratante
- ✓ Una vez recibida la medicación, el paciente debe tener claridad sobre:
 - Asegurarse de que puede leer con claridad las indicaciones
 - Cuál es el síntoma, signo o enfermedad por la cual se le prescribe la medicación
 - La dosis correcta a tomar, la periodicidad de la toma y el tiempo de duración del tratamiento
 - Los efectos secundarios del medicamento y qué hacer
 - Alimentos, bebidas, hábitos o actividades que se deben suspender

b) Para la realización de una cirugía:

- ✓ El paciente debe solicitar a su médico tratante que le explique utilizando un lenguaje no médico en qué consiste la cirugía y las diferentes alternativas de tratamiento
- ✓ El paciente debe solicitar al médico que le explique cuáles son los riesgos a los cuales se somete cuando acepta el procedimiento quirúrgico (infecciones, complicaciones, muerte) y cuál es exactamente el resultado deseado
- ✓ El paciente debe solicitar al médico que le realice la cirugía en la clínica u hospital que le ofrezca mayor seguridad
- ✓ Cuando esté en el quirófano y antes de la inducción anestésica, el paciente debe confirmar con el equipo quirúrgico cuál es el lado corporal, extremidad u órgano a intervenir

c) Durante la hospitalización:

- ✓ Debe solicitar al personal de salud que tienen contacto con él, que se laven bien las manos antes de hacerlo
- ✓ Debe conocer con claridad qué medicamentos fueron prescritos por el médico en la hoja de ordenes médicas de la historia clínica
- ✓ Antes de ingerir o recibir por vía parenteral algún medicamento, debe corroborar con el colaborador que es el medicamento correcto
- ✓ Confirmar el grupo sanguíneo y Rh antes de iniciar transfusión de sangre o de sus componentes
- ✓ Al momento del egreso de la clínica, el paciente debe conocer con exactitud todo lo referente a su cuidado post-quirúrgico, alimentos, bebidas y actividades que debe evitar, la dosificación exacta y tiempo de duración de la medicación, en qué momento puede volver a su actividad regular, así como los signos y síntomas que alertan sobre una evolución no satisfactoria
- ✓ El paciente debe brindar a los profesionales diferentes a su médico tratante y que tienen contacto con él, la información necesaria de su estado clínico al momento del contacto

d) En el domicilio:

- ✓ Seguimiento a cabalidad de las recomendaciones médicas con respecto a la actividad física, la alimentación, el manejo de las heridas y la ingesta de medicamentos
- ✓ Avisar inmediatamente al médico de la aparición de signos y síntomas de alerta

4. AUDITORÍA DE HISTORIA CLÍNICA

Para la supervisión y vigilancia de las infecciones intrahospitalarias en los establecimientos que cumplen con las FON (Gestión de los Eventos Adversos y Seguridad del Paciente), el Equipo de Salud de la RON, además del uso de la Normas Técnicas vinculantes con este Módulo, puede coordinar con el Equipo de Calidad, para que se pueda desarrollar la auditoría de Historia Clínica de los casos que ameriten en la atención Materna y Neonatal del Establecimiento; puede ser útil los conceptos, principios, metodología, construcción y aplicación de los estándares e instrumentos que se describen en el Módulo 3. Auditoría del manejo estandarizado de las EMON, del Modelo de Intervención, las cuáles pueden adaptarse

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **AMDD.** *Cuidados Obstétricos de Emergencia. Manual para entrenadores.* 2003.
- **CARE Perú.** *Programa de capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales. Proyecto FEMME.* 2005.
- **CARE Perú.** *Evaluación del impacto del proyecto FEMME en la reducción de la mortalidad materna y su importancia para la implementación de Políticas de Salud en el Perú.* 2006.
- **Comisión Clínica de Infecciones Hospital la Paz Madrid.** *Guía para la Prevención y Control de la Infección en el Hospital.* Madrid, 2003
- **EngenderHealth/AMDD.** *Prácticas de Prevención de Infecciones en la Atención Obstétrica de Emergencia. Un suplemento de prevención de infecciones: Manual de Referencia para proveedores de atención en salud.* USA. 2003
- **EngenderHealth.AMDD.** *Prevención de Infecciones. CD-ROM de Capacitación y Manual de Referencia* USA. 2001
- **Franco. Astolfo.** *Fundamentos en seguridad al paciente para la disminución de los errores médicos.* Colombia 2006
- **Instituto de Medicina.** *Errar es Humano.* Estados Unidos, 1999
- **MINSA.** *Norma Técnica de Procedimientos para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios* (R.M. N° 217-2004/MINSA)
- **MINSA.** *Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias* (R.M. N° 753-2004/MINSA)
- **MINSA.** *Manual de Epidemiología Aplicada a la Vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias.* DGE (R.M. N° 179-2005/MINSA)
- **MINSA.** *Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008* (R.M. N° 676-2006/MINSA)
- **MINSA.** *Evaluación de la seguridad del paciente, trabajador de la salud y el ambiente en hospitales priorizados.* (2006-2008. MINSA/Proyecto Vigía)
- **MINSA.** *Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y SMA* (R.M. N° 456-2007/MINSA)
- **MINSA.** *Guía para Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las IIH* (R.M. N° 532-2007)
- **MINSA.** *Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la Atención Materna y Neonatal 2009-2012* (R.M. N° 366-2009 MINSA)
- **Ministerio de la Protección Social.** *Lineamientos para la construcción de una política de seguridad del paciente.* Colombia, 2006
- **Ollenschlager G, Thomeczek C.** *Quality Management in Health Care: Error Prevention and Managing Errors in Medicine.* Med Klin 2002,97: 564-70
- **OMS.** *Soluciones para la Seguridad del Paciente,* Ginebra, 2007
- **OMS.** *Guía práctica Prevención de las Infecciones nosocomiales.* Segunda edición, Ginebra, 2003
- **OPS.** *Guía para la Prevención y el Control de las Infecciones en los Servicios de Salud, dirigida a estudiantes de las carreras de Ciencias de la Salud.* La Paz-Bolivia, 2007
- **PCM.** *Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalaria.* D.S. N° 052-2010 PCM
- **Subsecretaría de Innovación y Calidad.** *Boletín: 10 Acciones para la Seguridad del Paciente.* México, 2005



ANEXOS

ANEXO N° 1
HOJA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

N°	Fecha	Nombre y Apellido	Hora que se detecta	Características del evento adverso	Posible causa o factor	Acciones realizadas

Fuente: Adaptado del trabajo que viene realizando el Hospital Regional de Ayacucho

ANEXO N° 2
FICHAS PARA LA MEDICIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA DE IIH

FICHA N° 1: FICHA DE SEGUIMIENTO A PACIENTES EXPUESTOS A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE NEONATOLOGÍA (Peso de menor de 1500 gramos)										
Día	N° pacientes en el día	Catéter venoso central (CVC)			Catéter Venoso Periférico (CVP)			Ventilador Mecánico (VM)		
		N° total de pacientes con CVC	N° de pacientes nuevos con CVC	N° ITS nuevos asociado a CVC	N° total de pacientes con CVP	N° de pacientes nuevos con CVP	N° ITS nuevos asociados a CVP	N° total de pacientes con VM	N° de pacientes con VM	N° Neumonía nuevos asociados a VM
		a	b	c	d	e	f	g	h	i
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
TOTAL										

El mismo formato se utiliza para la vigilancia de neonatos con los pesos siguientes:

- <1500 gramos
- 1501 a 2500 gramos
- > a 2501 gramos

Instrucciones:

1. En la primera columna Día, registrar la fecha correspondiente al día.
2. En la columna “Número de pacientes por Día”, se anotará el número correspondiente a los neonatos que se encuentran hospitalizados en un Día determinado, según peso correspondiente.
3. En la sección correspondiente al procedimiento invasivo Catéter Venoso Central (CVC), se tiene las columnas a, b y c.

En la columna a, anotar diariamente el número de neonatos que está con CVC permanente. Para llenar esta comuna, se debe responder a la siguiente pregunta: ¿Cuántos neonatos con CVC permanente existen el día de hoy?

Cabe mencionar que si uno de los neonatos hace una Infección de Torrente Sanguíneo (ITrS), dicho neonato ya no será tomado en cuenta para el conteo en su columna.

En la columna c, anotar diariamente el número de neonatos nuevos de ITrS que se presenta en el día. Para llenar esta columna, se debe responder la siguiente pregunta: ¿Cuántos ITrS se han producido en el día de hoy?

4. La sumatoria del N° de pacientes en el día, nos da un TOTAL de pacientes día para el mes.
5. La sumatoria de la columna a, nos da el N° total de días exposición al CVC en el mes (A), que se utilizará para el cálculo de densidad de ITrS.
6. La sumatoria de la columna b, nos da el total de neonatos con CVC en el mes (B), que se utilizará como denominador para el cálculo de la incidencia acumulada de ITrS.
7. La sumatoria de la columna c, nos da el total de neonatos de ITrS en el mes (C), que se utilizará como numerador para el cálculo de densidad de incidencia e incidencia acumulada de ITrS.
8. Si un neonato que tiene CVC y CVP desarrolla ITrS, se asumirá que dicha infección fue favorecida por CVC, por lo tanto, se anotará en la columna c.

Para el llenado de las secciones correspondientes a los procedimientos invasivos Catéter Venoso Periférico (columna d, e y f) y ventilación mecánica (columna q, h, y), seguir los mismos pasos descritos previamente.

FICHA Nº 2: FICHA DE SEGUIMIENTO A PACIENTES POST PARTO DE GINECO OBSTETRICIA

[illegible]

(*) El registro es para todos los días del mes

Columna b, d: N° de pacientes nuevos con endometritis post parto. Se coloca diariamente el N° de los casos nuevos de endometritis que se presentan en el día. Para llenar esta columna, se debe responder la siguiente pregunta: ¿Cuántos endometritis post parto se han producido en el día de hoy?

Columna e: N° de pacientes con IHO post cesárea: Se coloca sola el N° de los casos nuevos de IHO que se presentan en el día. Para llenar esta columna, se debe responder a la siguiente pregunta: ¿Cuántas IHO post cesárea se han producido el día de hoy?

FICHA N° 3: FICHA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES

Mes :

Nº	FECHA Y HORA	EDAD	SEXO	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CONDICIÓN (*)	SERVICIO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	OBJETO PUNZOCORTANTE

(*)Estudiante/Practicante/Interno/Residente

FICHA N°4: FICHA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS

Periodo.....

Nº	FECHA Y HORA	EDAD	SEXO	PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CONDICIÓN (*)	SERVICIO DONDE LABORA	TBC MDR (SÍ / NO)

(*)Estudiante/Practicante/Interno/Residente

PERIODO:

[illegible]

DE: Número de días que el paciente estuvo expuesto al factor de riesgo antes de desarrollar el IHH

EH: Estancia Hospitalaria

Si durante la vigilancia diaria en los servicios, se encuentra algunas anomalías en la evolución del paciente, se deberá conversar con el médico tratante y aclarar si se está frente a una infección intrahospitalaria, según las definiciones de casos y proceder en los que sea necesario a su confirmación (ayuda diagnóstica, confirmación bacteriológica).

Una vez identificado a un paciente con infección intrahospitalaria, se deberá de llenar una ficha de registro correspondiente. Para el caso de infección de heridas operatorias, existe un formato especial.

1. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	El Comité tiene Resolución Directoral (RD) actualizada	RD o su equivalente			RD o equivalente	
2	Cuenta con Plan Anual, aprobado por Resolución Directoral	Elaborado, según N.T. 020, 1er mes del año			Plan	
3	Los objetivos del Plan están incorporados en el Plan Operativo Institucional	Objetivos del Plan en POI			POI	
4	Dispone de la normatividad referida a Vigilancia, Prevención y Control de Infección Intrahospitalaria (VPC de IIH). (Anexo N° 1)	Ejemplar accesible de cada documento			Normas IIH	
5	El CIIH está presidido por el Director del Hospital o su representante	RD			RD, Actas	
6	El CIIH está compuesto por grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas	Médico, enfermera de VPC representantes de: Microbiología, Epidemiología, Calidad			Reglamento del CIIH Libro de Actas	
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo	Operativos y disponibles y suficientes			Informes/Actas	
8	Miembros del CCIH reciben capacitación en IIH	Por lo menos, 3 miembros del Comité, anualmente			Registro y / o informes de la capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%	

13 Fuente: Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Proyecto Vigía - MINSA (R.M. N° 523-2007). Aplicación de criterios de acuerdo a la capacidad resolutive. Ver pág. 21

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluír cumplimiento parciales)
			C	NC		
PROCESO						
9	El CIIH determina los daños y servicios que serán vigilados	Plan Local y Libro de actas			Plan Local y Libro de actas	
10	Registra reuniones en libro de actas, con control de acuerdos	100% de reuniones registradas			Libro de actas	
11	Analiza resultados de la vigilancia, prevención y control de IIH y accidentes biológico laborales, y propone acciones correctivas	Evaluación al menos trimestralmente			Libro de actas e Informe a la Dirección del Hospital	
12	Analiza y difunde el mapa micro-biológico a servicios asistenciales	Cada 6 meses			Cuaderno de Cargos	
13	Promueve con la Of. Calidad, implementación de Planes de Mejora, según problemas priorizados	Implementa por lo menos un PMCC al año			PMCC e Informe	
14	Analiza informes de manejo de residuos hospitalarios y propone intervenciones	Trimestral			Libro de actas e Informe al Direc. Hosp.	
15	Analiza informes sobre calidad del agua y propone intervenciones	Trimestral			Libro de actas e Informe al Director	
16	Evalúa y propone actividades de PC en caso de brotes e hiperendemias	En el 100% de casos			Informe a la Dirección del Hospital	
17	Evalúa resultados de acciones de VPC IIH y los avances del Plan	Trimestral			Libro de actas e Informes	
18	Con el Comité Farmacológico, implementa estrategias para uso racional de ATM	CIIH participa en su implementación			Libro de actas e Informes	
19	Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional	Según el caso			Libro de actas e Informes	
20	Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros insumos para la VPC de IIH	Especificaciones de los productos y políticas de uso			Informe y Propuesta técnica de licitaciones	
21	Informa trimestralmente a la Dirección de los resultados, logros y dificultades	De acuerdo al Plan anual			Informe al Director del Hospital	
SUBTOTAL PROCESO:		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%	
RESULTADOS						

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
22	Cumplimiento de las metas señaladas en el Plan en no menos del 80%	De actividades programadas en el Plan			Informe anual	
23	Reducción, no menor del 20%, de la incidencia por tipo de IIH de acuerdo a la Línea Basal y estándares	Según lo programado en el Plan para las IIH			Informe anual	
24	El 90% del personal cumple con el lavado de manos en áreas críticas	Según Línea de Base			Informe anual	
25	Incremento en un 50% de cumplimiento de medidas de prevención en procedimientos de riesgo (tactos vaginales, rasurado pre quirúrgico, uso de catéteres y antibiótico profilaxis)	Según Procedimientos establecidos			Informe anual Lista de cotejo	
SUBTOTAL RESULTADO:			CUMPLIMIENTO: N° =		= %	
TOTAL COMITÉ DE IIH:			CUMPLIMIENTO: %			

2 UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA (UEH)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluír cumplimientos parciales)
			C	NC		
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE BROTES						
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con la Oficina/Unidad de Epidemiología	ROF			ROF	
2	Cuenta con equipo de cómputo, correo electrónico e impresora	Equipos operativos y disponibles			Lista verificación	
3	Cuenta con documentos técnicos de Vigilancia epidemiológica de las IIH. (Anexo N° 1)	Ejemplar de cada documento			Normas disponibles	
4	Cuenta con profesionales necesarios y con funciones definidas	Epidemiólogo, enfermera, estadístico y otros			MOF, CAP	
5	Cuenta con enfermera para la vigilancia de las IIH, según estándar	A tiempo completo (1/ 200 camas)			MOF, CAP	
6	En las acciones de VPC, incorpora personal de los servicios	Al menos uno por servicio			Informes	
SUBTOTAL ESTRUCTURA :			CUMPLIMIENTO: N° =		%	
PROCESO						
7	Investiga brotes e hiperendemias, comunica resultados a la Dirección, al C IIH y al nivel intermedio	En 100% de los casos			Informes y reportes	
8	Vigila diaria y activamente las IIH en servicios seleccionados	En 100% de los casos			Reportes y formatos	
9	Revisa los resultados microbiológicos positivos, de servicios seleccionados	Diariamente en el Lab. de Microbiología			Plan actividades e Informes	
10	Vigila y reporta los ABL	Vigilancia Pasiva			Reportes	
11	Conduce los estudios de prevalencia de IIH y otros relacionados	De acuerdo a Plan			Informes	
12	Participa en la Vigilancia del URATM	De acuerdo a Plan			Informes	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
13	El epidemiólogo supervisa la Vigilancia activa de la enfermera	Semanalmente			Plan actividades	
14	Capacita en Vigilancia, Prevención y Control de IIH y ABL en los servicios	Durante la supervisión			Plan actividades e Informes	
15	Informa a nivel intermedio resultados de la vigilancia y otros afines	Mensual y oportunamente			Informes	
16	Informa al CIH y a la Dirección de la incidencia de IIH y ABL	Mensual y oportunamente			Informes	
17	Elabora tendencias de las incidencias de las IIH vigiladas	Con al menos 5 años de reportes			Informes de la vigilancia	
18	Analiza e informa sobre el comportamiento de la Vigilancia de IIH	De acuerdo a Línea Basal y estándares			Informes	
19	Identifica y analiza con Salud Ocupacional, riesgos laborales y propicia control de los mismos. (Anexo N° 2)	Especial atención a exposición a cortopunzantes y TBC			Reportes e informes	
SUBTOTAL PROCESO:			CUMPLIMIENTO: N° =		%	
RESULTADO						
20	Cumple las metas señaladas para la vigilancia de las IIH y ABL en el Plan en no menos del 80%	De lo programado en el Plan			Informe anual	
SALUD AMBIENTAL						
ESTRUCTURA						
21	Cuenta con Plan de Manejo de RSH	Plan anual			Plan	
22	Cuenta con los insumos necesarios para cumplir sus funciones	Según especificaciones			Informes	
23	Cuenta con los equipos para el acopio y transporte intermedio				Lista chequeo e informes	
24	Dispone del personal capacitado de acuerdo a funciones	Ing. Ambiental o Sanitario, técnico sanitario			MOF, CAP e Informes de capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA :			CUMPLIMIENTO: N° =		%	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
PROCESO						
25	Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en RSH	De acuerdo a la norma vigente			Reportes e informes	
26	Controla puntos críticos de agua en: C. Qx, C. Obstétrico, c. Esterilización, UCI, Hemodiálisis y otros	Cumple cronograma			Informes	
27	Realiza limpieza y desinfección de reservorios de agua	De acuerdo al Plan de limpieza y a la norma			Informes	
28	Vigila y controla el manejo sanitario de los alimentos, según normatividad vigente	Inspecciones periódicas al Servicio de nutrición			Informes	
29	Realiza el control de vectores de acuerdo a la norma	Programa fumigación y desratización			Informes	
30	Con Farmacia, supervisa manejo adecuado de productos limpiadores y desinfectantes de uso general	Según el Plan			Informes	
SUBTOTAL PROCESO:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
RESULTADOS						
31	Cumple el 80% de metas señaladas en el Plan de Actividades	De actividades programadas			Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADOS:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
SUBTOTAL SALUD AMBIENTAL:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
TOTAL UEH:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			

3. LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA (LM)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimiento parciales)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con los criterios infraestructura, según norma	De acuerdo a normatividad			Lista chequeo e informes	
2	Cuenta con equipos necesarios para el diagnóstico y antibiograma	Equipamiento mínimo apto para el uso			Registro de equipos y estado	
3	Dispone de insumos mínimos necesarios para diagnóstico y antibiograma	Listado de insumos mínimos			Listados	
4	Cuenta con insumos de protección del personal en cantidad suficiente	Guantes, respiradores, mandriles y lentes			Informes	
5	Cuenta con instrumentos para controlar temperaturas	Termómetro máx. y mín., registrador de temperatura			Registros	
6	Cuenta con los Manuales de procedimientos	Por tipo de procedimiento			MAPRO	
7	Formato de solicitud de exámenes de laboratorio de hospitalización, con la información necesaria para la ayuda al diagnóstico	En Lab. Microbiología, más del 80% de formatos con información necesaria			Muestreo de un día, más del 80% cumple con esta condición.	
8	Cuenta con formato estandarizado de informe de resultados con firma y sello de profesional calificado.	Formatos estandarizados por tipo de muestra			Archivo de resultados	
9	Dispone de stock temporal para cepas posibles IIH con fines de verificación	stock temporal 15 días			Listado e informes	
10	Cuenta con todas las cepas referenciales ATCC necesarias y viables	s. aureus ATCC 25923, E coli ATCC 25922, E. coli ATCC 35218, E. faecalis 29212 P. aeruginosa 27853			Listado de stock	
11	Cuenta con recursos humanos necesarios	Profesionales, técnicos y auxiliares de Microbiología			MOF, CAP y Programación	
12	El personal está capacitado de acuerdo a sus funciones	Cumple más del 70% del Plan Anual Capacitación			Plan de Capacitación Informes	
SUBTOTAL RESULTADOS:			CUMPLIMIENTO: N° = = %			
PROCESO						
13	Almacena los insumos adecuadamente	Según RMF, no se utilizan fuera del rango			Listado	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
14	Realiza pruebas de diagnóstico, de acuerdo al nivel de complejidad	Listado de pruebas mínimas			Registro de pruebas realizadas	
15	Utiliza sangre de camero en casos necesarios	Aislamiento 1ro y pruebas de identificación			Informes	
16	Realiza pruebas adicionales de resistencia, BLEE, MRSA, MLS y VRE	Según criterios establecidos			Registro reporte	
17	Emita oportunamente los resultados de acuerdo al tipo de muestra y análisis	Tiempos establecidos			Manual de procedimientos	
18	Informa resultados de sensibilidad antimicrobiana al CIH, según muestras, microorganismos y servicios	De servicios predefinidos por CIH. (Semestral)			Reportes	
19	Utiliza software actualizado de VR ATM	Resultados oportunos			Reportes	
20	Realiza control de calidad de insumos de las pruebas de diagnóstico microbiológico	Medios de cultivo, reactivos, discos de sensibilidad ATM			Libro de registros	
21	Controla los medios y discos de sensibilidad antimicrobiana	Control de calidad, al menos cada 15 días			Registros	
22	Cumple las normas de bioseguridad dispuestas en el Laboratorio	Con buenas prácticas y barreras			Manual bioseguridad	
23	Controla y registra la temperatura de estufas, refrigeradora y congeladora	A primera hora y a la salida (diario)			Registros	
24	Participa del Programa de evaluación externa del laboratorio de referencial regional	Anual			Informe	
25	Coordina con servicios para optimizar desempeño en calidad de muestras, llenado de órdenes e interpretación de los resultados	Semestral			Plan de actividades	
26	No informa de rutina la sensibilidad a los antibióticos de uso restringido por el CIH y Comité Farmacológico	Responsabilidad compartida			Resultado de antibiogramas	
27	Estudia los brotes de IH con orientación epidemiológica y envía cepas al Laboratorio de referencia	Participa activamente			Informes y registros	
SUBTOTAL PROCESO:		CUMPLIMIENTO: N° =			=	%

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimiento parciales)
			C	NC		
RESULTADOS						
28	Los resultados del Programa de Eval. externa (PEED) son satisfactorios de acuerdo al nivel de complejidad del hospital	Porcentaje de pruebas aceptables, concordancia de lectura de halos e interpretación			Informes	
29	La positividad de los hemocultivos convencionales $\geq 10\%$ y en los automatizados $\geq 20\%$, la contaminación $\leq 3 - 5\%$, respectivamente	Solo se mide en bacteriemias clínicas o septicemias			Informes, Libro de resultados e Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADOS:		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		
TOTAL LAB. MICROBIOLOGIA:		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		

4 FARMACIA (F)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluír cumplimientos parciales)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Farmacia y los Almacenes especializados para medicamentos y otros productos farmacéuticos cumplen con las buenas prácticas de almacenamiento	Cumplimiento del manual de BPA (R.M. N° 585-99-SA/DM)			Certificado de BPA emitido por Autoridad Sanitaria (DIGEMID-DEMID)	
2	Cuenta con los ATM identificados como necesarios para el hospital	El 100% de ATM se encuentra en normostock			Inf. de stock y consumo de últimos 6 meses pareto	
3	Los ATM no considerados en el Petitorio Nacional de Medicamentos vigente, disponibles en Farmacia, se aprueban por Comité farmacológico	El 100% de ATM no incluidos en PNME aprobados por Comité Farmacológico			Inf. de stock de ATM en Farmacia aprobado por Comité Farmacológico	
4	Tiene antisépticos y diluciones, según especificaciones del CIH y documentos farmacéuticos normativos	El 100% de antisépticos en normostock			Registros y normas	
5	Dispone de Hojas amarillas para notificación de RAM relacionadas con el uso de ATM	Disponibles y suficientes en el 100% de los servicios			Registro mensual	
6	Dispone de documentos normativos actualizados.	Visibles			archivos	
7	Cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados	Q. Farmacéutico, técnico y auxiliar			NOF, CAP	
8	Responsable del almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital	Almacén especializado cumple Manual de BPA			Certificado de BPA Emitido por Autoridad Sanitaria (DIGEMID)	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° =		= %	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° =		= %	
9	Supervisa y controla los medicamentos e insumos de su responsabilidad y de uso en los Servicios del hospital	Supervisión del 100% al menos 2 veces al mes			Informe o Formato de Supervisión	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
10	Controla la dispensación de antibióticos de uso restringido (ATMR)	El 100% de ATMR dispensados con autorización del CIH, a través de médicos designados			Registro de autorización del Comité de IIH	
11	Controla los antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital	Cumple Directiva del SISMED Tarjetas control visibles			Formatos SISMED y Registro en tarjetas de control	
12	Responsable de la preparación de diluciones de los antisépticos y desinfectantes	Cumple con criterios técnicos de preparación de galénicos			Registro de preparación de antisépticos y desinfectantes	
13	Responsable del expendio de antisépticos y desinfectantes	Cumple con el 100% de los requerimientos			Registro de atenciones	
14	Realiza capacitaciones a nivel local	Por lo menos, 6 capacitaciones anuales			Registros de asistencia	
15	Desarrolla estudios de utilización de ATM, antisépticos y desinfectantes	Participa, como mínimo, en estudio sobre ATM cada 2 años			Informe del estudio	
16	Responsable de elaboración de las fórmulas estériles: Nutrición Parenteral (NPT) y mezclas intravenosas	El 100% de las fórmulas elaboradas, según normas			Registros de preparación	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° =		= %	
RESULTADOS						
17	Cumple metas programadas para Farmacia en VPC IIH en no menos del 80%	Del Plan			Informe Anual	
SUBTOTAL RESULTADOS :		CUMPLIMIENTO: N° =		= %		
TOTAL FARMACIA :		CUMPLIMIENTO: N° =		= %		

5 CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN (CE) Y DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma	Área roja, verde y azul			Área roja, verde y azul	
2	Dispone de equipos e insumos de limpieza y descontaminación recomendados	Detergente, agua blanda y destilada, hisopos, pistolas, otros			Detergente, agua blanda y destilada, hisopos, pistolas, otros	
3	Cuenta con equipos e insumos de secado recomendados	Aire comprimido, pistolas y secadores			Aire comprimido, pistolas, secadores	
4	Cuenta con los empaques recomendados	Papel grado médico, (corrugado), etc			Papel grado médico, (corrugado), etc	
5	Dispone de equipos esterilizadores operativos y validados	Autoclaves, hornos con ventilador y cámara de baja temperatura con registros de verificación de procesos			Autoclaves, hornos con ventilador y cámara de baja temperatura con registros de verificación de procesos	
6	Cuenta con controles físicos, químicos y biológicos necesarios y normados	Controles validados y certificados			Controles validados y certificados	
7	Cuenta con un programa efectivo de mantenimiento de equipos	Cronograma normado			Cronograma normado	
8	Cuenta con personal capacitado para realizar las funciones	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril			Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril	
SUBTOTAL RESULTADOS:		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		

PROCESO						
9	La jefatura de CE conduce y controla, supervisa y registra todas las etapas del proceso de esterilización en el hospital	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril			Manual de organización y funciones Manual de Procedimientos	
10	Participa activamente en las especificaciones técnicas para compra de materiales e insumos del servicio	Define especificaciones técnicas			Manual de organización y funciones Registros de especificaciones	
11	En caso de tercerización, registra la certificación de garantía de calidad	Conoce y acepta el servicio			Certificado del proveedor	
12	Controla y registra los procesos de limpieza y descontaminación	En el hospital			Registros	
13	Controla y registra los procesos de secado	En el hospital			Registros	
14	Controla y registra los procesos de empaquetado	En el hospital			Registros	
15	Controla y registra el proceso de esterilización	En el hospital			Registros	
16	El material esterilizado se almacena, según norma	CE y en los servicios			Registros	
17	Mantiene un stock mínimo de insumos estériles	Almacén			Lista de stock	
18	Previene y controla el riesgo ocupacional	Barreras, inmunización			Manual de Procedimientos e informes	
19	Reporta incidencias, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente	Inmediatamente			Reporte, registros de incidencias y notificaciones	
SUBTOTAL PROCESO CUMPLIMIENTO: N° = %						
RESULTADOS						
20	El 100% de lotes entregados con garantía de esterilidad	En maniobras de riesgo			Registros de salida e Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADOS: CUMPLIMIENTO: N° = %						
SUBTOTAL C. ESTERILIZACIÓN: CUMPLIMIENTO: N° = %						

DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)									
ESTRUCTURA									
21	Cuenta con ambiente apropiado y materiales de protección personal	Ambiente ventilado o cabinas Barreras				Listado			
22	Cuenta con desinfectantes de alto nivel normados	Según CIIH				Manual de procedimientos			
23	Cuenta con los insumos de limpieza normados	Detergentes enzimáticos, agua destilada, pistolas, recipientes y otros				Informes			
24	Cuenta con agua destilada estéril para el enjuague final	Agua destilada estéril de fábrica				Listado material			
25	Cuenta con los insumos de secado normados	Campos y compresas estériles para el secado, Equipos de secado estéril				Listado stock			
26	Cuenta con un módulo de almacenamiento y conservación	Cabinas, contenedores, envoltorios				Informes			
27	Cuenta con personal profesional y técnico capacitado en Desinfección de Alto Nivel (DAN)	CE supervisa y controla los procesos DAN				Manual de Procedimientos Registros de procesos			
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%				
PROCESO									
28	Controla y registra el proceso DAN	El 100% del proceso				Informes			
29	Reporta incidentes a la autoridad correspondiente.	Inmediatamente				Informes			
30	En servicios de endoscopia y hemodiálisis, se controla el proceso	De rutina				Registros			
31	Los procesos cuentan con registros de calidad	En el 100%				Informes			
SUBTOTAL RESULTADOS:		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%				
SUBTOTAL C. ESTERILIZACIÓN:		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%				
32	Mejora continua en el DAN, al menos en el 80% del Plan	En los servicios donde aplique				Informe Anual			
SUBTOTAL RESULTADOS:		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%				
TOTAL DAN:		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%				
TOTAL CE y DAN:		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%				

6 CENTRO QUIRÚRGICO (CQ)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma	Zonificación de ambientes y zonas de riesgo			Norma	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas				Informe	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas	Insumos para el 100% Lavado social, clínico y quirúrgico			Informe	
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua			Informe	
5	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta manera sistemática y continua			Informe	
6	Cuenta con material e insumos para el manejo de los residuos sólidos hospitalarios	Cuenta manera sistemática y continua			Informe	
7	Se controla profilaxis quirúrgica de acuerdo a norma	De manera sistemática y continua			Reporte Protocolos	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
PROCESO						
8	Se cumple con medidas de prevención y control de IIH (especialmente, lavado de manos, antisepsia de piel) y Accidentes Biológico Laborales (ABL)	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	
9	Cirujanos, residentes, internos, enfermeros y otros cumplen medidas de prevención, control y ABL	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	
10	Manejo de los RSH, según norma	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
11	Utilizan equipos e insumos estériles de ventilación y anestesia por paciente	Circuitos de la máquina de anestesia, vacío y gases, ambú			Informe	
12	Cumple con el Programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, de gases y vacío	Tarjetas de último chequeo			Tarjetas y reporte	
13	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre, se procede, según norma. (Anexo N° 8)	TBC, Hepatitis viral y VIH			Informe	
14	Uso de drenaje aspirativo en circuito cerrado y sacados por contrabertura	Cumple de manera sistemática y continua			Informe manual de procedimientos	
15	Se evita rasurado. Si es pertinente, se recorta vello o rasurado con técnica aséptica < 30 minutos antes de la intervención	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	
16	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas o pinchazos, se reporta a UEH para el seguimiento. (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	
17	Conocimiento de la incidencia de infección de herida operatoria y de acciones de prevención y control	Difusión mensual de resultados			Reporte y entrevista	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
PROCESO						
18	El 100 % de cirujanos cumple con las norma del lavado quirúrgico.	Según Línea de Base			Norma	
19	Incremento porcentual del cumplimiento en el procedimiento de rasurado o recorte de vello	Según Línea de Base			Plan	
20	Reducción porcentual de la incidencia de las Infecciones más frecuentes	Según Línea de Base o metas establecidas en el Plan			Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
TOTAL C. QUIRÚRGICO:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			

7 CENTRO OBSTÉTRICO (CO)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimiento parciales)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma. (Anexo N° 9)	Zonificación de ambiente y zonas de riesgo			Informe	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera sistemática y continua			Informe	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normado en las diferentes áreas	Insumos para el 100% del Lavado social, clínico y quirúrgico			Informe	
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua			Informe	
5	Cuenta con área de limpieza y utensilios, limpiadores y desinfectantes normados	De manera sistemática y continua			Informe	
6	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH	De manera sistemática y continua			Informe	
7	Los equipos e insumos de reanimación del neonato se manejan de acuerdo a normas de Prevención y Control de VIH	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA:			CUMPLIMIENTO: N° =		= %	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimiento parciales)
			C	NC		
PROCESO						
8	El personal cumple con medidas de prevención y control IIH y ABL, especialmente, lavado de manos, antisepsia de la piel y mucosas	Cumple de manera sistemática y continua con normas			Procedimientos	
9	Manejo de los Residuos Sólidos, según norma. (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua			Manual de procedimientos	
10	Durante el trabajo de parto, no se realizan más de 4 tactos vaginales	Cumple de manera sistemática y continua			Historia Clínica y partograma	
11	Cuenta con un programa de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos	Según especificaciones de equipos			Informe y Kárdex de equipo	
12	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre, se procede, según norma. (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	
13	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas punzocortantes y reporta a UEH para el seguimiento. (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	
14	Conocimiento de la incidencia de IHO, Endometritis y de acciones de prevención y control	Estadísticas del servicio			Reporte	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° = = %			
RESULTADOS						
15	Incremento en un 50% de gestantes con no más de 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto	Según Línea de Base			Historia Clínica y partograma	
16	Más del 90% del personal de CO cumple con las normas del lavado de manos. (Anexo N° 8)	Según Línea de Base			Registro e informe	
17	Reducción porcentual de la incidencia de las IIH seleccionadas (endometritis, IHO, otras)	Según Línea de Base			Registro e informe	
SUBTOTAL RESULTADOS:			CUMPLIMIENTO: N° = = %			
TOTAL C. OBSTÉTRICO:			CUMPLIMIENTO: N° = = %			

8 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma. (Anexo N° 10)	Ambientes y zonas de riesgo, según la Norma			Norma	
2	Con recursos humanos en número suficiente para la atención	Según la Norma			Manual de organización y funciones, e informes	
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera continua			Informe	
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas (Anexo N° 8)	Insumos para 100% Lavado social, clínico y quirúrgico			Informe	
5	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta manera sistemática y continua			Informe	
6	Cuenta con área de limpieza y utensilios, limpiadores y desinfectantes. Normados	Cuenta de manera sistemática y continua			Informe	
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica	Cuenta de manera sistemática y continua			Manuales y Guías	
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente	Cuenta de manera sistemática y continua			Stock	
9	Con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con esquemas globales por pacientes	Los trámites burocráticos y otros no impedirán la atención de calidad			Listado	
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no están con líquido, si no se utilizan de inmediato	Cumple de manera sistemática y continua			Informe Manual de Procedimientos	
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío	Cumple de manera sistemática y continua			Reporte	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	=		%	

PROCESO						
12	Utiliza fórmulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso	Cumple de manera sistemática y continua			Informe Manual de procedimientos	
13	Se maneja uso racional de ATM	Según Manual de Procedimientos			Informe y manuales	
14	Se maneja Residuos sólidos según norma. (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua			Reporte	
15	Dispone, para cada paciente, de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad	Circuitos y frascos de ventilación y humidificación, ambú			Informe	
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma. (Anexo N° 8)	Cumpe de manera sistemática y continua			Informe	
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzo cortantes, se reporta a UEH. (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua			Informe	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados			Informe	
19	En caso de brotes o hiperendemias, se toman medidas oportunas	Cumple de manera sistemática y continua			Reporte	
SUBTOTAL PROCESO:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
RESULTADOS						
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo	Según Línea de Base o metas del Plan local			Informe	
21	Reducción del número de brotes de IIH	Según Línea de Base o metas del Plan local			Informe	
22	Más del 90% del personal cumple con las norma de lavado de manos	Según Línea de Base			Informe	
SUBTOTAL RESULTADOS:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
TOTAL C. OBSTÉTRICO:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			

9 HOSPITALIZACIÓN (H)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico			Informe	
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta manera sistemática y continua			Informe	
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados	Según norma			Informe	
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones	De manera sistemática			Diréctiva	
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH	De manera sistemática y continua			Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA: CUMPLIMIENTO: N° = %						
PROCESO						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	Según Manual de Procedimientos			Informe	
7	Se maneja Uso Racional de ATM	Según Manual de Procedimientos			H. Clínica y protocolos	
8	Se manejan los RSH, según norma	De manera sistemática y continua			Informe	
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea, se procede, según norma	TBC y Varicela			Informe Manual de procedimientos	
10	Se cumplen medidas de aislamiento, según norma	Otro tipo de infecciones			Norma	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad	Hepatitis virales y VIH			Informe y cartillas	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control	Médicos y enfermeras conocen			Informe	
SUBTOTAL PROCESO:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
PROCESO						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	De acuerdo al Plan			Informes y Plan	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	De acuerdo al Plan			Informes y Plan	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de práctica clínica			Informes e H. Clínica	
SUBTOTAL RESULTADOS:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			
TOTAL HOSPITALIZACIÓN:		CUMPLIMIENTO: N° =	= %			

ANEXO N° 4
MATRIZ DE ESTÁNDARES DEL MACRO PROCESO DE MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN¹⁴

Macroproceso: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones sistemáticas para controlar infecciones, eventos adversos, los desechos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud	Disponibilidad Eficacia	R.M. N° 597-2006/ MINSA que aprueba la N.T. N° 022-MINSA/ DGSP-v.02	MRA1-1	El establecimiento de salud tiene definido por servicio/área a un responsable para el manejo de los casos de riesgos de la atención y este documenta sus acciones (0: No tiene definido; 1: Tiene definido, pero no está operativo; 2: Está operativo y documenta sus acciones)
				MRA1-2	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas institucionales. (0: No cumple; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativa; 2: Cumple con todo lo establecido.)
				MRA1-3	El establecimiento de salud genera espacios participativos y documentados de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención (0: No se dan los espacios; 1: Se dan los espacios de análisis, pero no se documenta; 2: Cumple con todo lo establecido.)
				MRA1-4	El establecimiento de salud cuenta con un área física u otros espacios donde se muestra la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar (0: No existe; 1: Se da el espacio, se realiza la información y no se muestran los cambios por efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido)

14 Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. MINSA, 2007

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA1-5	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos por la organización y según normas sectoriales (0: No realiza; 1: Se realiza, aunque no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido.)
				MRA1-6	El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 24 horas) (0: No ha logrado; 1: Ha logrado pero de forma errática; 2: Ha logrado una reducción sostenida.)
				MRA1-7	El establecimiento de salud tiene definido el proceso de consecución del consentimiento informado para todos los procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento (0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido.)
				MRA1-8	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento (pacientes comatosos, con retardo mental, con estado alterado psíquico, etc.) (0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido.)
				MRA1-9	Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante (0: No se realiza; 1: Se aplica parcialmente; 2: Siempre se aplica.)
				MRA1-10	Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos y cuasi fallas de acuerdo con normas institucionales (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no es operativo; 2: Cumple con todo lo establecido.)

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.2	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases	Información Seguridad	Ley N° 26454, "Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana" R.M. N° 614-2004/MINSA, que aprueba las "Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangres (PRONAHEBAS)"	MRA1-11	Se cuenta con una metodología para identificar periódicamente las percepciones del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se mide periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido.)
				MRA2-1	Se realiza periódicamente el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores propuestos por la organización y acordes a las normas sectoriales (0: No se realiza; 1: Se realiza pero no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido.)
				MRA2-2	El establecimiento de salud garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios (0: No utiliza; 1: Utiliza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido.)
				MRA2-3	Se indican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia en hospitalización y salas de cirugía. Asimismo, se implementan los mecanismos para que el personal las aplique (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no se implementan mecanismos; 2: Cumple de acuerdo a lo establecido.)
				MRA2-4	Se cuenta con un mecanismo para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores o confusiones por etiquetado (0: No se establece; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido.)
				MRA2-5	Se han establecido medidas dirigidas a prevenir procedimientos quirúrgicos en sitios equivocados y otros procedimientos errados sobre los pacientes (0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido de manera sistemática.)
		Información Seguridad	R.M. N° 486-2005/MINSA	MRA2-6	Se evalúa en cada paciente el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo métodos preventivos (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido.)

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Seguridad y eficacia	R.M. N° 179-2005/MINSA	MRA2-7	Se evalúa en cada paciente, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y trombo embolismo. Se utilizan los métodos apropiados para evitarlos (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar TVP, pero no se emplean métodos para evitarlos; 2: Cumple con lo establecido.)
				MRA2-8	En el momento de la admisión y, posteriormente, de forma regular, se evalúa en cada paciente el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas (0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA2-9	Se evalúa en cada paciente, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan las estrategias apropiadas clínicamente para evitarla (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar desnutrición, pero no se emplean estrategias para evitarla; 2: Cumple con lo establecido.)
				MRA3-1	Se asegura la utilización de métodos eficaces para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres (0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido.)
				MRA3-2	Durante el preoperatorio, se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y se aplica la profilaxis antibiótica apropiada a dicha valoración (0: No se cumple; 1: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica; 2: Se cumple con lo establecido.)
				MRA3-3	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas en todas las áreas de manejo de pacientes según normatividad (0: Existen en menos del 50% de áreas; 1: Existen en menos del 90% de áreas; 2: Existen en el 100% de áreas.)

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte	Disponibilidad de información completa	R.M. N° 179-2005/MINSA y R.M. N° 753-2004/MINSA	MRA3-4	Se efectúan controles para la implementación de las normas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales (0: No realiza; 1: Se realiza, pero no está de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido.)
				MRA4-1	Se conoce el tipo de seguimiento efectuado para el control de infecciones, los criterios de evaluación, el método para recolectar información empleado y el personal responsable del procedimiento y análisis de datos (0: No se conoce; 1: Se conoce una parte; 2: Se cumple con todo lo establecido.)
				MRA4-2	Los registros de incidencia deben contener información sobre la cantidad de casos detectados en un período determinado, la vía de infección y la relación con la cantidad de hospitalizaciones producidas (0: No se conoce; 1: Se conoce parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido.)
				MRA4-3	Se evalúa periódicamente el manejo del registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioterapia (0: No se evalúa; 1: Se evalúa, pero no periódicamente; 2: Siempre se evalúa, según lo establecido por las normas.)
MRA.5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos	Disponibilidad	R.M. N° 616-2003/SA/DMR.M. N° 753-2004/MINSA	MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la dirección y los objetivos son claros y medibles (0: Nunca; 1: Está incorporado, pero los objetivos no están claros y/o no son medibles; 2: Está incorporado y los objetivos son claros y medibles.)
				MRA5-1	El equipo de enfermería cuenta y conoce el contenido de los protocolos de procedimientos de enfermería por servicios, que están actualizados como mínimo dentro de los dos últimos años (0: No cuenta, no conoce; 1: Cuenta, conocen algunos; 2: Cuenta y conocen.)

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA5-2	El equipo de enfermería realiza evaluaciones del contenido de los protocolos de procedimientos de enfermería por servicios (0: No realiza; 1: Realiza, pero no sistemáticamente; 2: Evalúan, según lo planificado en el año.)
				MRA5-3	El personal de enfermería asegura el marcado adecuado de medicamentos y jeringas, y efectúa el registro de la administración e información asociada en los medios establecidos por la organización (0: No efectúa; 1: Efectúa, no documenta; 2: Efectúa y documenta sistemáticamente.)
				MRA5-4	El personal profesional de enfermería registra los procedimientos realizados y controla todas las reacciones no deseables ocurridas en los pacientes (0: No registra; 1: Registra parcialmente; 2: Cumple con lo indicado.)
				MRA5-5	Enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de las reacciones no deseables que dependen de su personal, según protocolos de procedimientos institucionales (0: Nunca realiza; 1: A veces realiza, según casos de reacciones no deseables; 2: Siempre realiza, según casos de reacciones no deseables.)
				MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad en sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo, según normas institucionales (0: Emplean menos de 60% del personal; 1: Emplean del 60 al 80%; 2: Emplean el 100%.)
MRA.6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional	Seguridad y eficacia	R.M. Nº 510-2005/MINSA Manual de salud ocupacional	MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención (0: No existen; 1: Existen pero no están visibles; 2: Cumple con lo establecido.)
				MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza, según procedimientos documentados (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido.)

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo con los procedimientos establecidos (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-5	Se reporta mensualmente los accidentes punzocortantes (0: No se reporta; 1: Se realiza ocasionalmente el reporte, 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-6	En el establecimiento, existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios. (0: No existen; 1: Existen, pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-7	Con base en el mapa de riesgos se implementan programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, radiactividad, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, explosiones e incendios (0: No se realiza; 1: Con base en el mapa de riesgos, solo se implementan 1 ó 2 programas de preventivos; 2: Se implementan todos los programas preventivos, según el mapa de riesgos)
				MRA6-8	Los trabajadores de las áreas de riesgo cuentan con duchas apropiadas para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA6-9	Existen manuales de procedimientos en los que se describen los riesgos relativos al tipo de trabajo realizado y es conocido por el personal (0: No cuenta; 1: Existen los manuales, pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA6-10	El establecimiento aplica los manuales de procedimientos de los riesgos relativos al tipo de trabajo realizado (0: No son implementados; 1: A veces son implementados; 2: Cumple con lo establecido)

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y potabilidad del agua	Disponibilidad Eficacia Seguridad		MRA6-11	El personal conoce el procedimiento a seguir ante accidentes punzocortantes y efectúa el reporte respectivo y queda registrado (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no efectúa el reporte y no queda registrado; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA7-1	Se cuenta con manuales de procedimientos para la eliminación de residuos y éstos son conocidos por el personal (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA7-2	La recolección de residuos se realiza según el tipo de ellos y en recipientes con bolsa/tapa, de acuerdo con la norma (0: No realiza; 1: Se realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido)
				MRA7-3	El sistema de retiro y eliminación de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente (0: No realiza; 1: Realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido)
				MRA7-4	El establecimiento cuenta con un sistema de tratamiento para la eliminación de residuos hospitalarios (0: No cuenta; 1: Tiene un sistema parcial de tratamiento de residuos hospitalarios; 2: Cumple con lo establecido)

ANEXO N° 5
ESQUEMA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

Red/Microrred: _____ GERESA/DIRESA/DISA: _____

Jefe del establecimiento o líder del Equipo de Mejoramiento: _____

FECHA: _____

1. **OBJETIVO:** ¿Qué estamos tratando de lograr?

2. **EQUIPO:** ¿Quiénes integran el equipo?

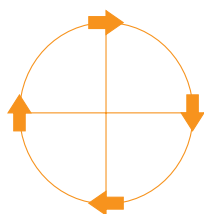
Listado con los nombres y cargos de los miembros del equipo de su establecimiento de salud que llevarán a cabo este proyecto de mejora

3. **INDICADORES:** ¿Cómo sabremos si los cambios constituyen mejoras?

Considerando el objetivo enunciado líneas arriba, ¿qué indicadores usará el equipo para medir el avance de los cambios?

4. **CAMBIOS:** ¿Qué cambios podemos hacer que conduzcan a una mejora?

Conjunto de ideas o acciones de cambio



CICLO:..... FECHA:.....

PREGUNTA:

PREDICCIONES:

PLANIFICAR EL CAMBIO O PRUEBA DE CAMBIO:

- Quién:
- Qué:
- Cuándo:
- Dónde:

PLANIFICAR PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Quién:
- Qué:
- Cuándo:
- Dónde:

HACER:

Llevar a cabo el cambio o prueba a pequeña escala, recoger datos e iniciar análisis

ESTUDIAR:

Completar el análisis de los datos, comparar los resultados en relación con el indicador y resumir lo aprendido

ACTUAR:

Ajustar el cambio basado en lo aprendido en la prueba, definir las modificaciones y planificar el próximo ciclo

ISBN: 978-9972-776-32-8



9 789972 776328

