

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

INFORME DE LA VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO) Y DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH)

2011 – 1er Trimestre 2016

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA)

Doctor Carlos Soto Linares Director de OESA HHU

Lic. María H. Alcántara Montero Responsable del Área de V. E. y de la VPC de IIH OESA

PARTICIPANTES

Área de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Notificación Obligatoria y Vigilancia Prevención y Control de las IAAS/IIH:

Doctor Carlos Soto Linares Director de OESA HHU

Lic. María H. Alcántara Montero Responsable del Área de V. E. y de la VPC de IIH OESA

Lic. Rosa J. Vargas Zelaya

Lic. Sandra Huamanchao Quispe

Tec. Estadístico Sra. Gloria Cortegana Salazar

Tec. Enfermería Srta. Luz Mallqui Romero

INDICE

Introducción	4
Antecedentes y justificación	4
Base legal	5
Informe de la vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria (ENO) HNHU años 2011-1er trimestre 2016	5
Informe de la vigilancia, prevención y control de las infecciones Intrahospitalarias del HNHU años 2011 -1er trimestre 2016	10
Tasa anual de la VPC de las IIH años 2011 - 1er trimestre 2016	11
Estudio de Prevalencia Puntual de las IIH años 2011 -1er trimestre 2016	20
Infecciones Intrahospitalarias no Asociadas a Factor de Riesgo Años 2011 -1er trimestre 2016	21
Capacitación de técnica correcta de lavado de Manos al personal asistencial	22
Retos afrontados en el periodo 2011 – 1er trimestre 2016	23
Limitaciones y dificultades	23
Conclusiones y recomendaciones	23
Anexos	24

INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra ubicado en el distrito de El Agustino, siendo reconocido en la actualidad como un hospital Nivel III-I, de referencia nacional. Fue fundado en 1949 como un sanatorio para tratamiento de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar; luego fue Hospital del tórax y desde el 15 de marzo de 1991 hasta la actualidad funciona como Hospital Nacional. Brinda servicios en las diferentes especialidades a través de la Consulta Externa, el Departamento de Emergencia, y servicios de Hospitalización; en los últimos años se ha observado un incremento en la demanda atendida debido a la mejora de la accesibilidad geográfica.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, como institución de referencia nacional tiene la preocupación y responsabilidad de aplicar las Normas Legales de Salud, que permita ofertar al público usuario una atención de calidad. En este marco, el HNHU a través de la OESA cumple con la Vigilancia en Salud Pública, el Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria, la Salud Ambiental y la investigación Epidemiológica que permita la generación de evidencias científicas para la prevención y control de daños. De igual modo la OESA cumple con la responsabilidad de realizar la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias desde el año 2000 y desde el año 2006 a la fecha se realiza una vigilancia selectiva; cabe mencionar que el impacto de sus intervenciones ha logrado en estos años mejorar los indicadores de IIH reduciendo la incidencia de las IAAS/IIH.

El área de Vigilancia de IIH, establece sus acciones mediante la supervisión y monitoreo del cumplimiento de las normas, capacitación sobre IIH, campañas de promoción y prevención, desarrollo del plan de intervención anual, estudio de Prevalencia Puntual cada año y otras. En este proceso continuo de identificación de infecciones intrahospitalarias se desarrollan acciones de enseñanza aprendizaje con el propósito de evitar nuevos eventos que dañen la salud del usuario y es la capacitación continua en cada servicio, especialmente de la técnica correcta del lavado de manos clínico, social y quirúrgico que ha permitido desde el año 2007 mejorar nuestros indicadores, a ello se agrega la preocupación de que cada servicio cuente con su manual de procedimientos (MAPRO) actualizado y revisado anualmente.

Desde los inicios de la VPC de las IIH, los servicios de Medicina con la infección del tracto urinario (ITU), Neonatología con los torrentes sanguíneos (TS) y Cuidados intensivos con las neumonías a ventilador mecánico (NAVM), han presentado las más altas tasas de incidencia; actualmente los indicadores relacionados con estas infecciones han mejorado notablemente.

Es en este marco que el HNHU a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental mediante el área de Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, asume su rol técnico asesor en la prevención de eventos que dañen la salud de nuestros usuarios, teniendo como meta la disminución de la magnitud de las IIH, en aquellos pacientes que tienen factores de riesgo y en aquellos que mediante los procesos están expuestos a contraer infecciones.

BASE LEGAL

- Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la Atención Materna y Neonatal 2009-2010. Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA.
- Norma Técnica de prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01). Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA.
- Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias NT N° 026-MINSA/OGE-V.01). Resolución Ministerial N° 179-2005/ MINSA.
- Guía Técnica de Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA.
- Manual de Aislamiento Hospitalario. Resolución Ministerial N° 452-2003/MINSA.
- Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria. Resolución Ministerial N° 1472-2002/MINSA.
- Lineamientos par la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud RM N° 168-2015/MINSA del 16 de marzo del 2015.

INFORME DE LA VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO) HNHU AÑOS 2011 – 1er TRIMESTRE 2016

METAS PROGRAMADAS.

- Notificación al 100% de las 52 semanas epidemiológicas (SE), de las enfermedades sujetas a vigilancia y de notificación obligatoria, en forma oportuna, en físico y a través del correo electrónico, la información es fidedigna, recogida de los registros diarios y del HIS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- De las 52 semanas epidemiológicas (SE), desde el año 2,011 al primer trimestre del año 2,016, el 90% se notificó oportunamente y el 10% se notificó extemporáneamente; el 91% fueron daños confirmados, el 5% daños probables, se descartó el 17% y por descartar el 0.3%, (Tabla N°1).
- Desde el año 2011 al primer trimestre del año 2016 se han notificado las 52 semanas epidemiológicas (SE), en un total de 2,831 casos de ENO, (Tabla N°2).
- La vigilancia se realiza en emergencia (tópico de medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia) y servicios de hospitalización (Pediatría, Medicina Interna y Medicina de especialidades), el recojo de datos se realiza mediante la revisión de los HIS de CE.
- Desde el año 2011 al primer trimestre del año 2016 se han notificado en total 9,592 casos de EDA (Con deshidratación y sin deshidratación). Tablas N°3 y 4.
- Desde el año 2011 al primer trimestre del año 2016 se han notificado 27,611 casos de Enfermedad Respiratoria Aguda (IRA).

TABLA N°1: VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA (ENO) - HNHU - AÑOS 2011 - 1er TRIMESTRE 2016										
AÑOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS				Daños Vigilados	ENO reportados X años	ENO NOTIFICADOS			
	Oportuna	%	Extemporánea	%			Confirmados	Probables	Descartados	Por descartar
2011	46	88.5	6	11.50	49	746	656	53	34	3
2012	47	90.3	5	9.70	58	598	540	32	25	1
2013	48	92.30	4	6.67	60	746	645	56	43	2
2014	46	88.5	6	11.50	62	515	496	11	5	3
2015	47	90.30	5	9.70	63	519	494	13	10	2
1er Trimestre 2016	11	84.6	2	15.40	63	173	171	1	0	1

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

Comentario: Vigilancia de las Enfermedades de Notificación Obligatoria según daños, durante las 52 Semanas Epidemiológicas, años 2,011 al primer trimestre 2016.

TABLA N° 2: REPORTE DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA (ENO) - HNHU - AÑOS 2011 - 1er TRIMESTRE 2016						
Daños	AÑOS					
	2011	2012	2013	2014	2015	Primer Trimestre 2016
Infección X VIH	212	119	152	148	196	83
Muerte perinatal	158	165	157	118	137	23
Sida	223	203	197	168	128	54
Mortalidad materna	5	6	6	14	8	3
Sifilis congénita	29	20	24	14	8	1
Dengue	2	3	5	5	4	3
Leishmaniasis	7	7	13	6	3	2
Hepatitis B	0	0	0	0	2	0
Brucelosis	1	1	3	2	2	1
Leptospirosis	0	3	6	6	2	0
Malaria	5	3	11	5	1	1
Tétanos	1	0	2	0	1	0
Tosferina	0	1	3	0	1	0
Influenza	1	0	9	1	0	0
Ofidismo	0	0	0	1	0	0
Bartonelosis	0	0	0	1	0	0
Loxocelos	0	5	7	6	0	0
Mec Meningoco	1	0	0	0	0	0
Intox x Organo Fos	1	2	0	0	0	0
Esaví	8	1	0	0	0	0
MEC TB	2	0	0	0	0	0
Enfermedad de Carrión	0	0	0	1	0	0
Chagas	0	1	0	0	0	0
Violencia Familiar	0	0	50	0	1	0
TOTAL	656	540	645	496	494	171

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU – VEA

Comentario: Se han notificado 2,831daños como casos confirmados entre el año 2,011 y 2,015 (El año 2,016 aún está en primer trimestre).

TABLA N°3: DIARREA ACUOSA SIN DESHIDRATACION REPORTADAS EN EL HNHU - AÑOS 2011-1er Trimestre 2016				
AÑOS	GRUPO ETAREO			TOTAL
	< 1 año	1 a 4 años	5 a +	
2011	379	787	472	1638
2012	382	588	399	1369
2013	369	620	319	1308
2014	449	942	413	1804
2015	400	1210	413	1804
1er Trim. 2016	134	366	404	904

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

Comentario: Del total de EDAS sin deshidratación, el 25.2% son casos menores de 1 año, el 52% son casos comprendidos entre 01 y 04 años, el 26% son de 05 años a más, siendo el grupo de edad más afectado los de 01 a 04 años.

TABLA N°4: DIARREA ACUOSA CON DESHIDRATACION REPORTADAS EN EL HNHU - AÑOS 2011-1er Trimestre 2016				
AÑOS	GRUPO ETAREO			TOTAL
	< 1 año	1 a 4 años	5 a +	
2011	50	147	23	220
2012	80	146	37	263
2013	25	95	23	143
2014	15	31	16	62
2015	15	31	16	62
1er Trim. 2016	0	12	3	15

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

Comentario: Del total de EDAS con deshidratación, el 24% son casos menores de 1 año, el 58% son casos comprendidos entre 01 y 04 años, el 18% son de 05 años a más, siendo el grupo de edad más afectado los de 01 a 04 años.

TABLA N°5: ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA NO COMPLICADA REPORTADA EN EL HNHU -AÑOS 2011-1er Trimestre 2016				
AÑOS	GRUPO ETAREO			TOTAL
	< 2 meses	02 - 11 meses	1 a 4 años	
2011	472	2159	2832	5463
2012	503	2192	3176	5871
2013	507	2045	2911	5463
2014	452	1721	2563	4736
2015	374	1498	2892	4764
1er Trim. 2016	59	376	879	1314

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

Comentario: Del 100% notificados se han reportado 27,611 casos de IRA, siendo el grupo de edad más afectado los de 01 a 04 años.

TABLA N° 6: NEUMONIAS REPORTADAS EN EL HNHU - AÑOS 2011-1er Trimestre 2016			
AÑOS	GRUPO ETAREO		TOTAL
	02 - 11 meses	1 a 4 años	
2011	51	92	143
2012	54	73	127
2013	39	47	86
2014	16	24	40
2015	8	30	38
1er Trim. 2016	1	6	7

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

TABLA N° 7: NEUMONIAS GRAVES REPORTADAS EN EL HNHU - AÑOS 2011-1er Trimestre 2016				
AÑOS	GRUPO ETAREO			TOTAL
	< 2 meses	02 - 11 meses	1 a 4 años	
2011	6	3	3	12
2012	7	2	1	10
2013	5	0	2	7
2014	5	1	1	7
2015	6	1	0	7
1er Trim. 2016	0	0	0	0

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

Comentario: Del 100% notificados se han reportado 441 casos de Neumonías y 43 casos de neumonías graves, siendo hospitalizados estos últimos. Tabla N° 6 y 7.

TABLA N° 8: SINDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL (SOB) REPORTADOS EN EL HNHU -AÑOS 2011-1er Trimestre 2016					
AÑOS	GRUPO ETAREO				TOTAL
	< 2 año	%	2 a 4 años	%	
2011	1386	73.02	512	26.98	1898
2012	1492	73.24	545	26.76	2037
2013	1725	69.73	749	30.27	2474
2014	1487	64.62	814	35.38	2,301
2015	1313	55.59	1049	44.41	2362
1er Trim. 2016	170	47.89	185	52.11	355

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

Comentario: Entre los años 2,011 y primer trimestre 2,016 el Síndrome Obstructivo Bronquial (SOBA) reportó como Asma 11,427casos, correspondiendo el 67.24% a menores de 2 años y 32.76% al grupo etáreo de 2 a 4 años.

TABLA N°9: FEBRILES REPORTADOS EN EL HNHU - AÑOS 2011 - PRIMER TRIMESTRE 2016							
AÑOS	< 1 año	1 a 4 años	5-a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 a + años	TOTAL
2011	195	388	115	47	76	25	846
2012	360	506	170	95	56	19	1206
2013	358	598	226	97	34	25	1338
2014	627	1152	387	135	30	16	2,340
2015	615	1517	510	249	215	71	3177
1er Trim. 2016	244	723	278	113	49	15	1422

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

Comentario: Entre los años 2,011 y primer trimestre 2,016, se han notificado 10,329 casos de febriles, siendo los mas afectados los del grupo etáreo de 1 a 4 años, en su mayoría los febriles son por casos de faringitis; se incorporan además los pacientes sindrómicos febriles a quienes se les descarta las enfermedades metaxénicas.

Tabla N° 10 MUERTES FETALES Y NEONATALES REPORTADOS EN EL HNHU AÑOS 2011- 1er Trimestre 2016					
AÑOS	Mortalidad Perinatal				TOTAL
	Fetal	%	Neonatal	%	
2011	86	53.09	76	46.91	162
2012	84	48.84	88	51.16	172
2013	92	54.12	80	47.06	170
2014	72	51.80	67	48.20	139
2015	93	63.70	53	36.30	146
1er. Trim. 2016	20	76.92	6	23.08	26

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU - VEA

Comentario: Entre los años 2,011 y primer trimestre 2016 el HNHU notificó 815 casos de mortalidad perinatal, de ellos el 54% son muertes fetales y el 46% pertenece a muertes neonatales.

Tabla N° 11: ACCIDENTES DE TRÁNSITO REPORTADOS EN EL HNHU - AÑOS 2011 - PRIMER TRIMESTRE 2016								
AÑOS	GRUPO ETAREO							TOTAL
	< de 1 año	De 1 a 4 años	6 a 11 años	13 a 17 años	19 a 29 años	31 a 59 años	61 a + años	
2011	0	0	0	0	0	0	0	0
2012	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	20	46	132	109	430	661	165	1563
2015	2	123	195	128	585	798	22	2059
1er Trim. 2016	0	27	55	33	164	205	59	543

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental –HNHU – VEA

Comentario: Entre el año 2,014 y primer trimestre 2,016, el servicio de Estadística reportó 4,165 eventos de accidentes de tránsito según grupo etáreo. Los años anteriores por falta de recurso humano no se cuenta con datos.

RECOMENDACIONES:

- Involucrar al personal de salud encargado de la atención directa de la gestante, puérpera y recién nacido para realizar las pruebas de descartes de sífilis y sífilis congénita al total de la población atendida en nuestra institución.
- Sensibilizar al personal de Gineco Obstetricia (Obstetras) encargada de emitir la orden para la toma de la prueba de sífilis.
- Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la notificación de las enfermedades de Vigilancia Epidemiológica y del correcto llenado de las Fichas Epidemiológicas del daño sujeto a vigilancia.

INFORME DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL HNHU AÑOS 2011-1ER TRIMESTRE 2016

GENERALIDADES

Las IIH constituyen uno de los más serios problemas de Salud Pública, ya que incrementa los costos de los usuarios y la morbi-mortalidad. En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, las infecciones de mayor incidencia son la neumonía asociada a ventilador mecánico y las infecciones urinarias asociadas a catéter urinario permanente; esta situación ha motivado un plan de intervención, con el propósito de fortalecer las actividades de Vigilancia, Prevención y Control de las IIH del HNHU.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS

- Fortalecimiento de la VPC de las IIH
- Implementación de normas locales
- Capacitación, Supervisión y Evaluación

OBJETIVO GENERAL

- Disminuir la incidencia de las IIH y accidentes biológicos laborales ABL, a través del fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Prevención y Control de las IIH en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, priorizando las de mayor riesgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mejorar y fortalecer la Gestión de la Vigilancia, Prevención y Control de las IIH en el HNHU.
- Disminuir la incidencia de las infecciones de Torrente Sanguíneo asociado a catéter venoso central en el servicio de neonatología.
- Disminuir la incidencia de las neumonías asociadas a ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos.
- Fortalecer el monitoreo de los procedimientos invasivos, para disminuir las IIH
- Fortalecer el Plan de capacitación continua sobre el lavado de manos.

METAS

- Incrementar la proporción de trabajadores de salud (personal regular, internos y residentes) que se lavan las manos correctamente hasta un 95%, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Garantizar el abastecimiento de insumos y materiales necesarios para un adecuado lavado de manos.
- Capacitar al 100% del personal asistencial en la aplicación adecuada de las medidas de bioseguridad.
- Capacitar al personal en la adecuada segregación de residuos hospitalarios.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Adecuación de normas nacionales relacionadas con:

- Lavado de manos: Se capacitó a las áreas de Consulta Externa y hospitalización según la OPS
- Uso racional de antisépticos y desinfectantes: En proceso el protocolo, por el servicio de medicina de especialidades (Infectología).
- Adecuada segregación de residuos hospitalarios.
 - ✓ Clasificación de residuos hospitalarios
 - ✓ Segregación según tipo de residuo
 - ✓ Riesgos del manejo inadecuado de residuos
- Aplicación y uso adecuado de las medidas de bioseguridad: se ha capacitado a los servicios de hospitalización y en especial a los nuevos internos de Medicina.
- Capacitación: Cada año se desarrolla 2 eventos de capacitación dirigida al personal médico, otros profesionales y técnicos de enfermería. **Ver Anexo N°1, Problemas Priorizados y medidas correctivas 2011 – 1er Trimestre 2016.**

TASA ANUAL DE LA VPC DE LAS IIH AÑOS 2011 1ER TRIMESTRE 2015

Diagnóstico Situacional

- La IAAS/IIH de mayor incidencia desde el año 2011, ha sido la Neumonía asociada a Ventilador Mecánico NAVM, en la Unidad de Cuidados Intensivos adultos. Cabe mencionar que la tasa entre el 2011 y 2015 solo ha presentado una ligera variación. Gráfico N°9
- La IAAS/IIH que le sigue, ha sido la Infección de Torrente Sanguíneo asociado a catéter venoso central en el servicio de neonatología. Esta situación es preocupante pues tiene relación directa con las onfaloclis y el catéter percutáneo. Se resalta que este servicio está sobresaturado permanentemente por la demanda de hospitalización, superando su capacidad instalada y por este motivo la OESA declara Alertas Nosocomiales Neonatales. Gráfico N°1.
- La infección del tracto urinario (ITU) en el servicio de Medicina ha disminuido, de igual modo entre el año 2011 y 2015 solo hay ligera variación en la tasa. Gráfico N°10.
- En Gineco Obstetricia, si bien es cierto que nos encontramos ligeramente bajo los indicadores estándares de IIH para hospitales de categoría 3-1, aún presenta las infecciones de herida operatoria IHO asociada a parto cesárea. Gráfico N°6.
- Durante el año 2011 ocurrió un brote nosocomial neonatal de dos casos, por Klebsiella Pneumoniae, asociado a CVP, los que evolucionaron favorablemente y desde entonces a la fecha no ha ocurrido otro brote nosocomial.

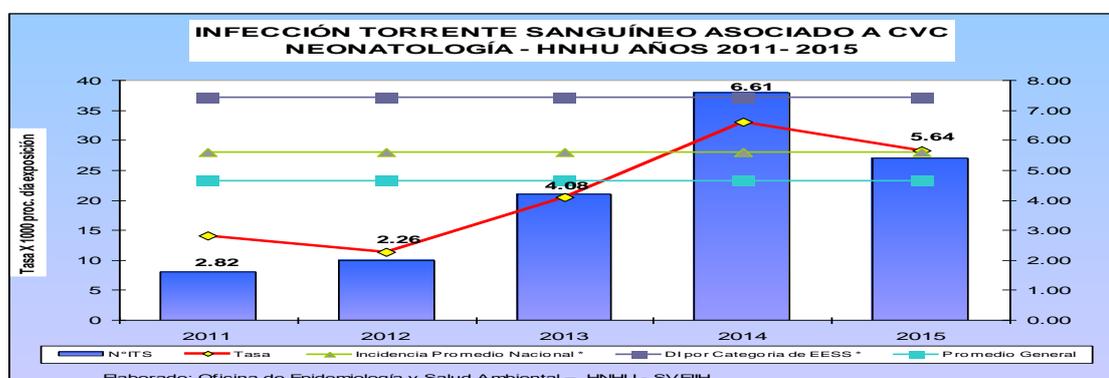


Gráfico N°1

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

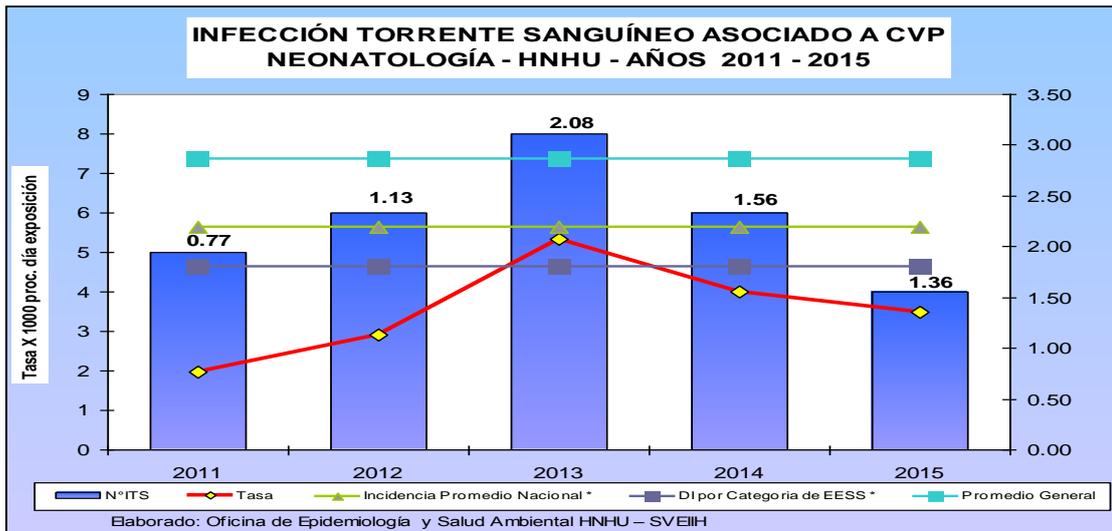


Gráfico N°2

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

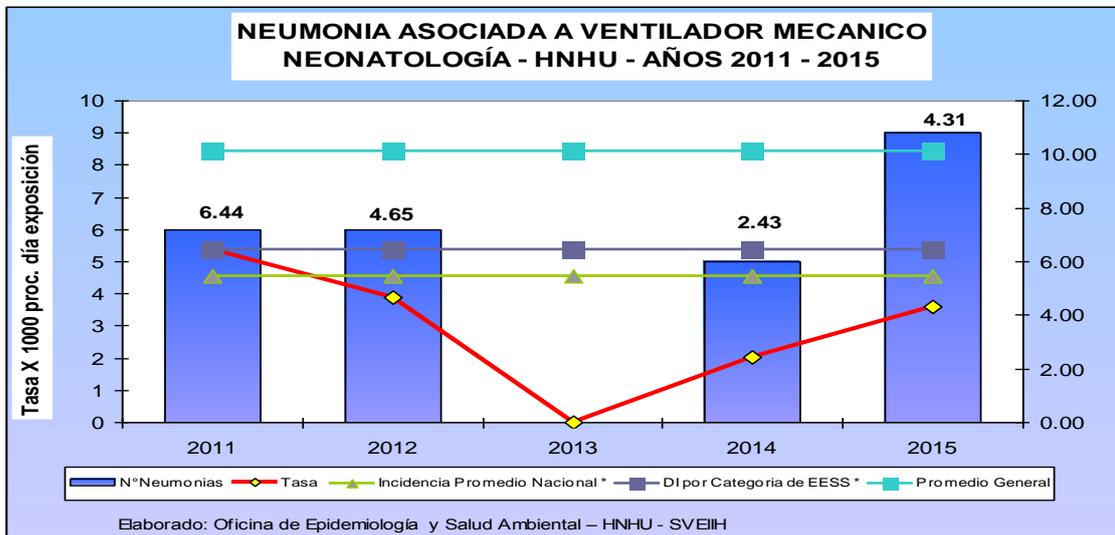


Gráfico N°3

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

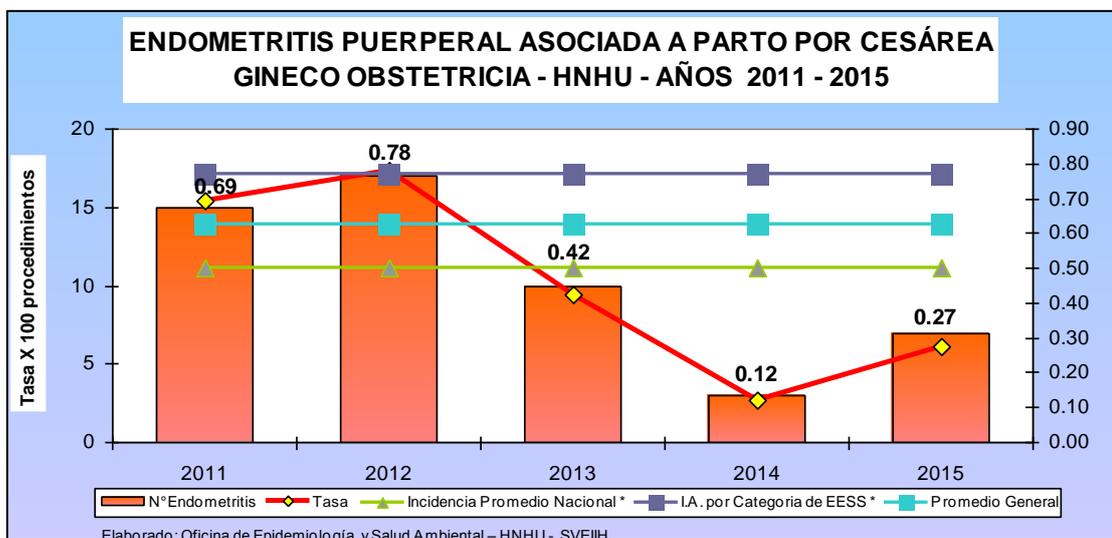


Gráfico N°4

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

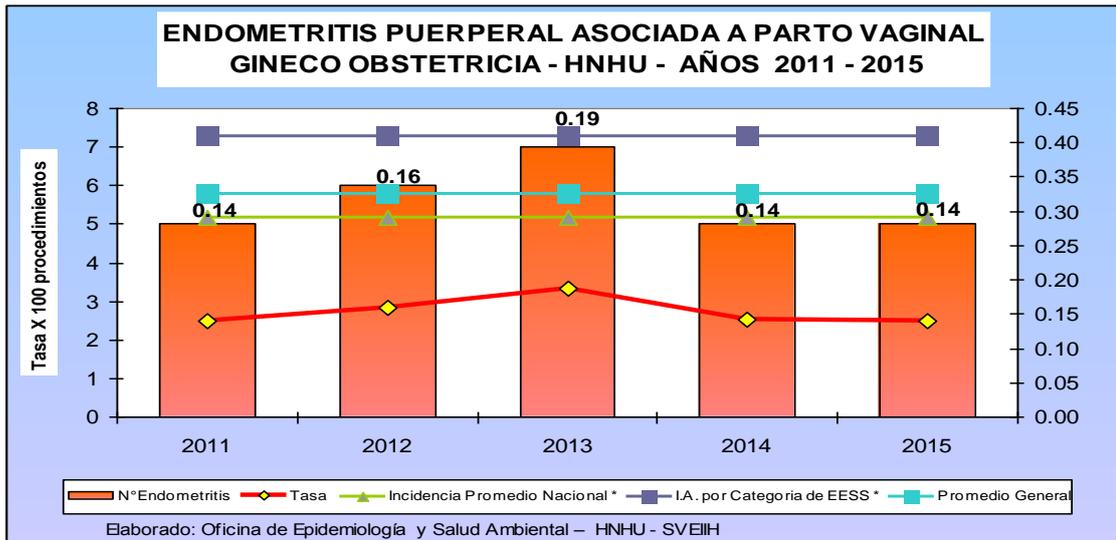


Gráfico N°5

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Gráfico N°6

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

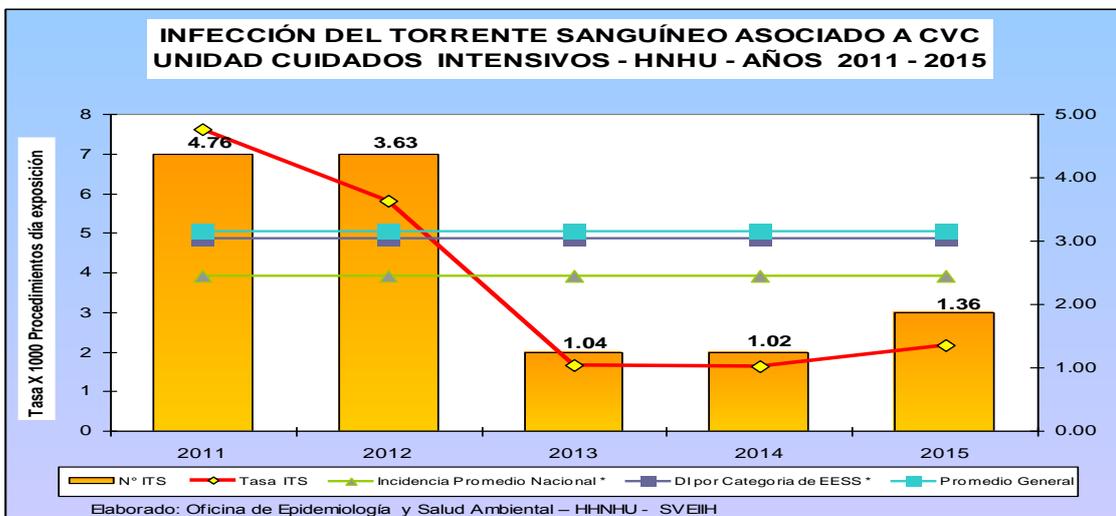


Gráfico N°7

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

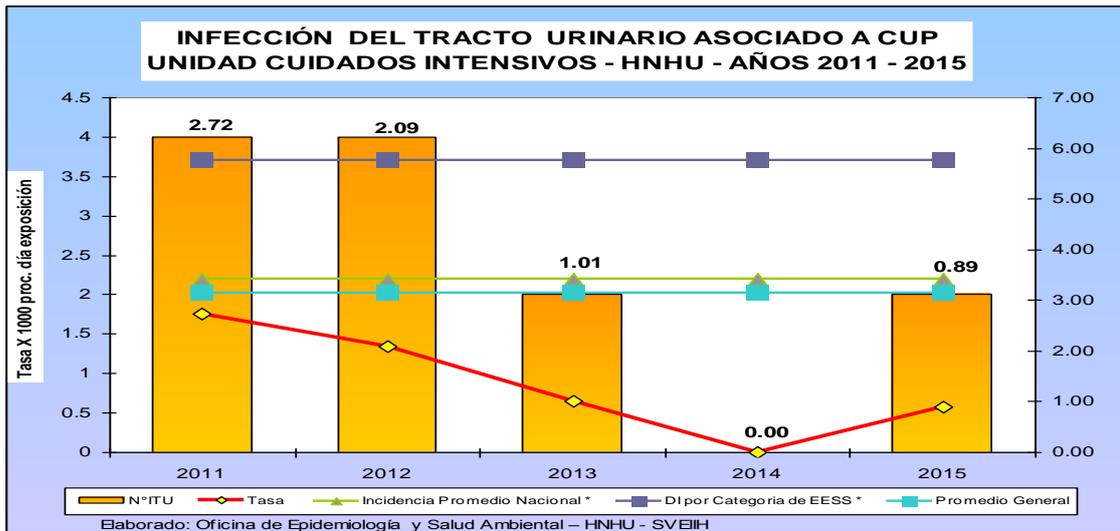


Gráfico N°8 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

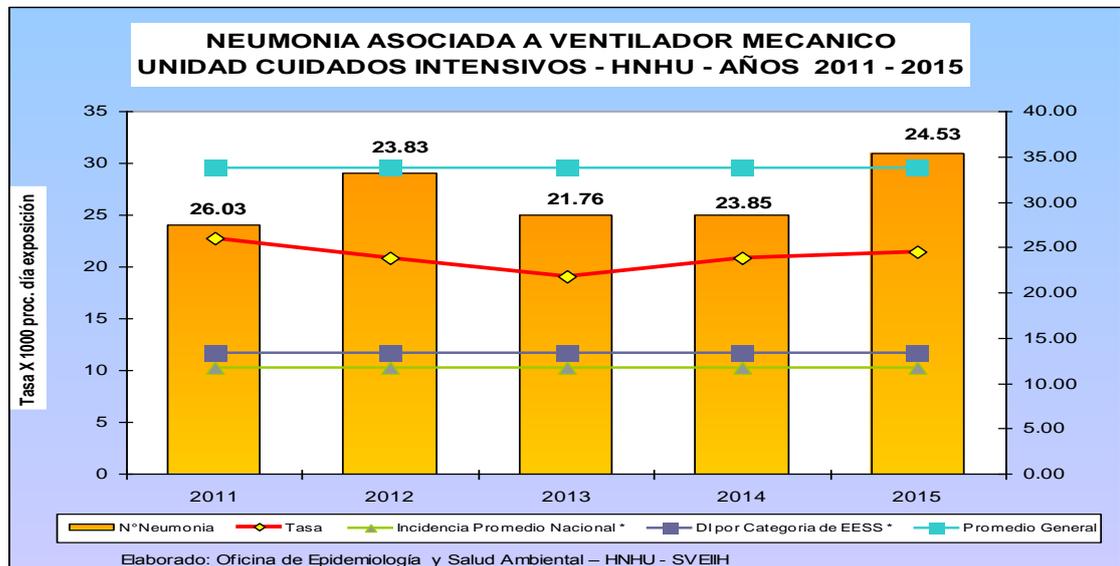


Gráfico N°9 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

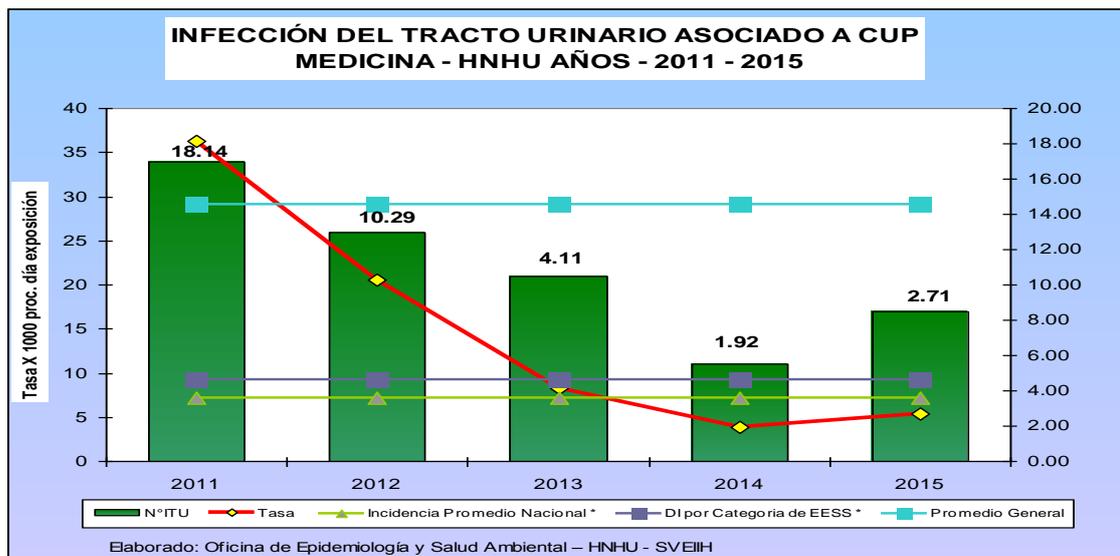


Gráfico N°10 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

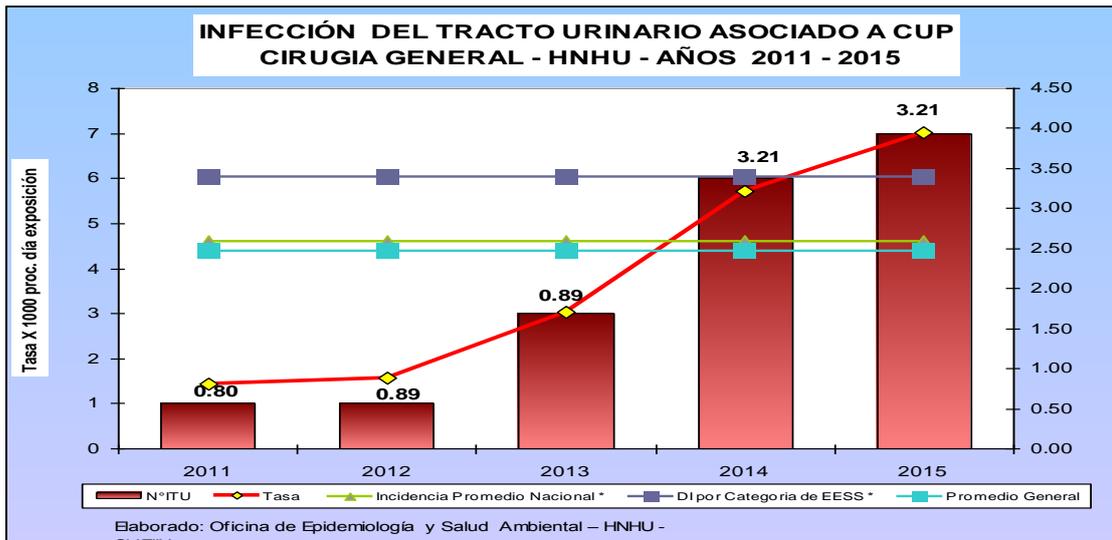


Gráfico N°11 Fuente: Vigilancia IIH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

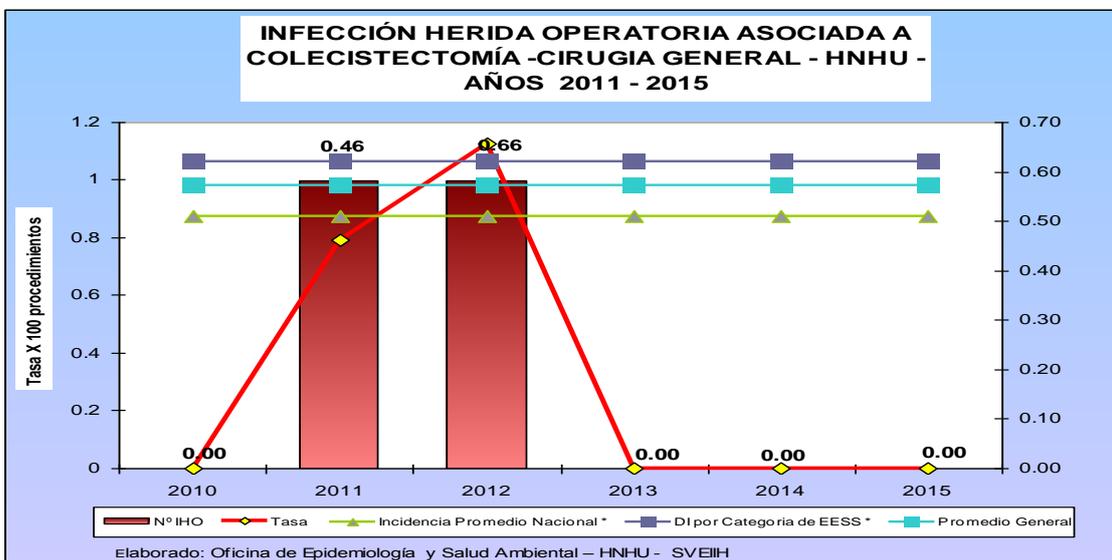


Gráfico N° 12 Fuente: Vigilancia IIH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



Gráfico N°13 Fuente: Vigilancia IIH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

TASA DE LA VPC DE LAS IIH PRIMER SEMESTRE 2014-2016

A continuación presentamos los gráficos de las tasas del primer semestre 2016, comparativa años 2014-2016; para el mejor entendimiento de las tasas; que por no cumplir el año no se incluyeron en el anual 2011-2015.

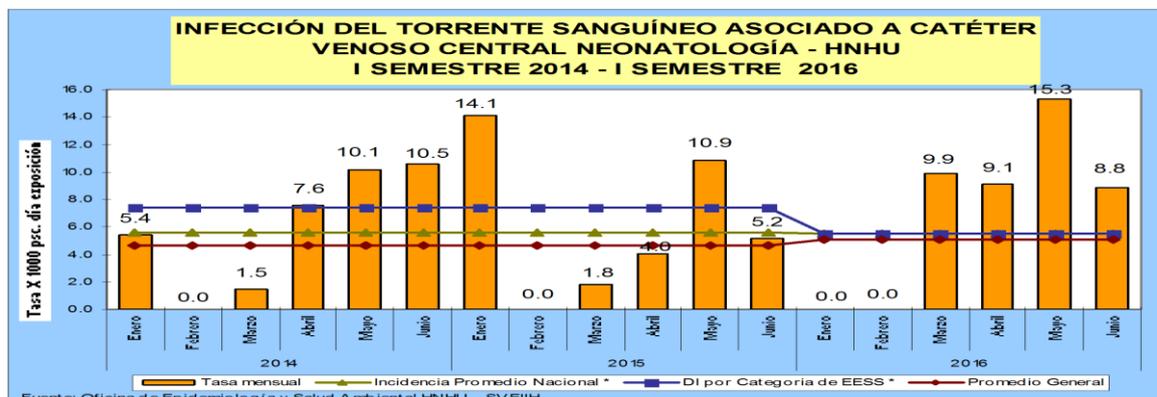


Gráfico N° 14

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: Se observa en el gráfico que la tasa de IAAS/IIH ha sufrido un incremento en los últimos cuatro meses del presente año, teniendo como máxima tasa la del mes de mayo (15.3), y pese a que en los meses de enero (0.0) y febrero (0.0) disminuyó la incidencia, actualmente nos encontramos sobre los niveles del promedio general y de hospitales de categoría 3-1. Cabe mencionar que esta infección están asociadas a catéter percutáneo y onfalocelisis.

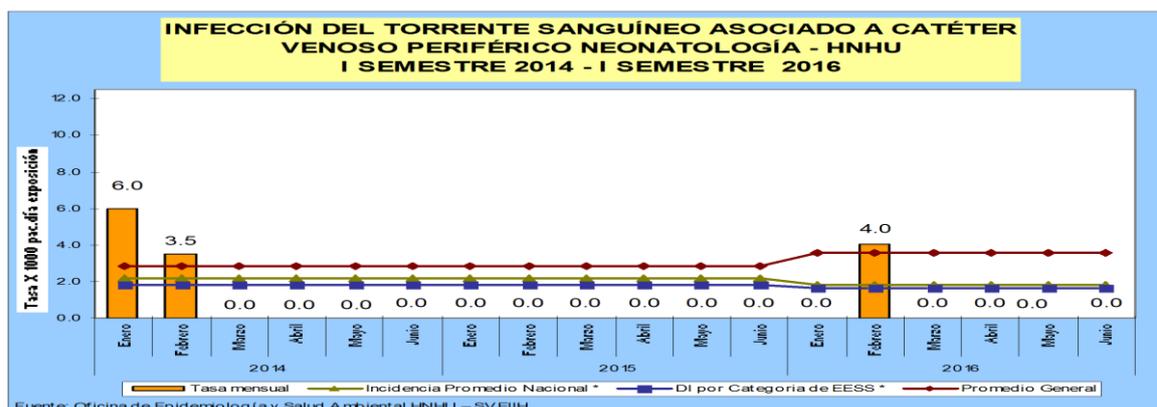


Gráfico N° 15

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: El gráfico nos muestra que la tasa de IAAS/IIH de TS asociado a catéter venoso periférico, ha sufrido un incremento en el mes de febrero 2016 (4.0), teniendo luego una notable caída en los últimos cuatro meses (0.0), situándonos por debajo del promedio nacional y de categoría 3-1

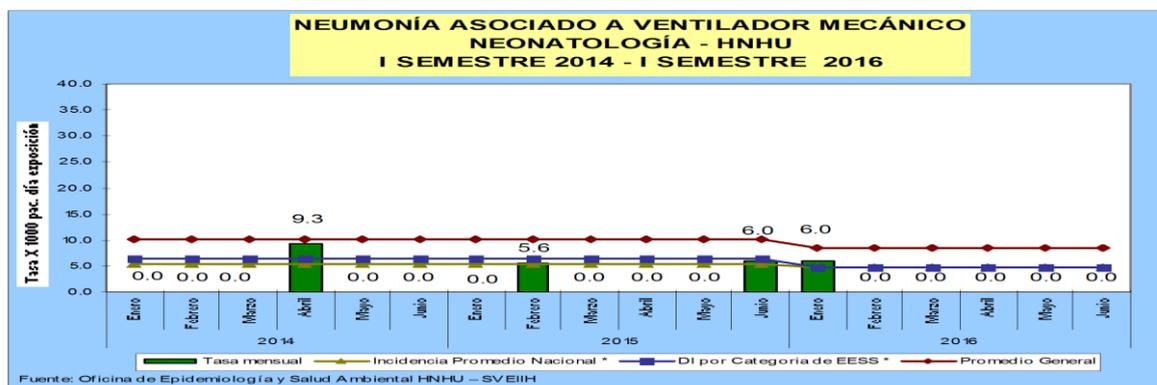


Gráfico N° 16

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: El gráfico nos muestra que la tasa de IAAS/IIH de neumonía asociada a Ventilador Mecánico tuvo un incremento en el mes de diciembre 2015 y enero 2016 (6.0) para luego descender en los siguientes meses, situándonos debajo de los indicadores nacionales y de hospitales de categoría 3-1.

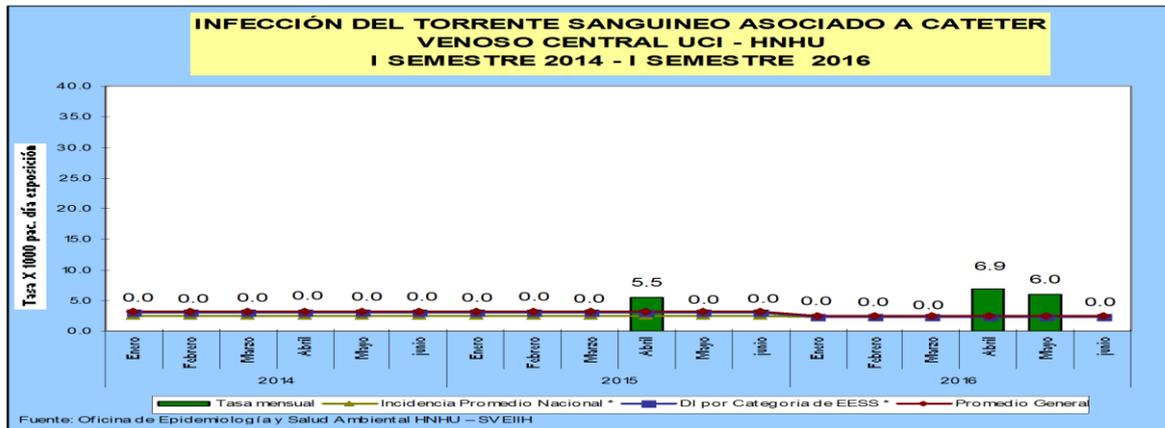


Gráfico N° 17 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: Como se observa, la tasa de IAAS/IHH de TS asociado a catéter Venoso Central, ha tenido un incremento en los meses de abril y mayo 2016 (6.0) situándonos sobre los indicadores de Promedio Nacional y de hospitales de categoría 3-1.

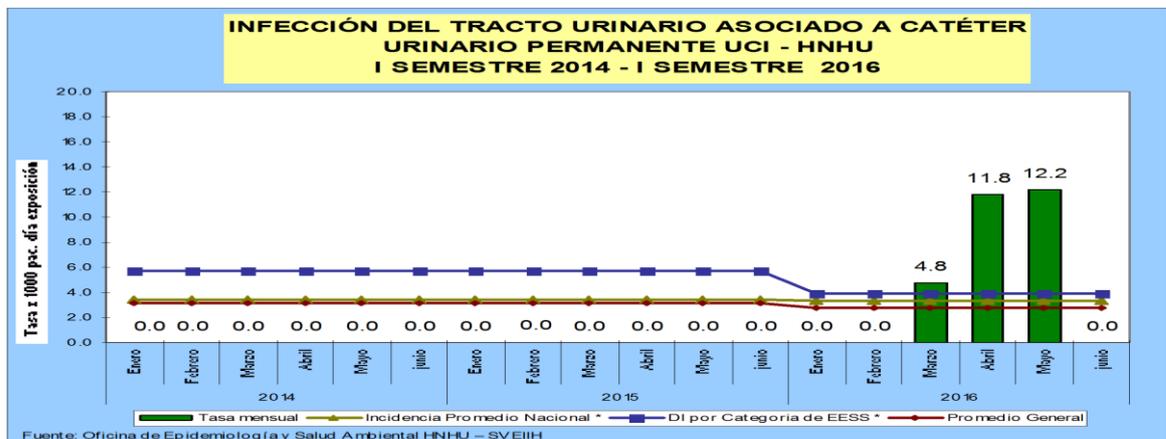


Gráfico N° 18 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: La tasa de IAAS/IHH de ITU asociado a catéter urinario permanente, en el primer semestre de los años 2014 y 2015 se observa en descenso (0.0), pero en el presente año se ha incrementado, teniendo como máxima tasa la del mes de mayo (12.2). En relación a los indicadores nos encontramos bajo el nivel nacional y de hospitales de categoría de nivel 3.1.

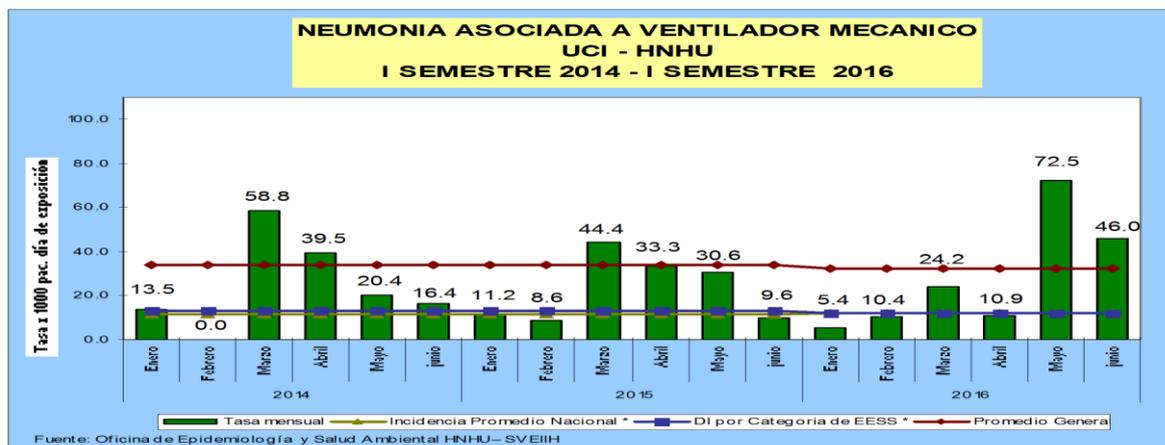


Gráfico N° 19 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: La tasa de IAAS/IHH de neumonía asociada a ventilador mecánico se ha mantenido elevada en el primer semestre de los tres últimos años, teniendo en el mes de mayo 2016 la tasa más elevada (72.5), situándonos sobre los indicadores de nivel nacional y de hospitales de categoría 3-1.

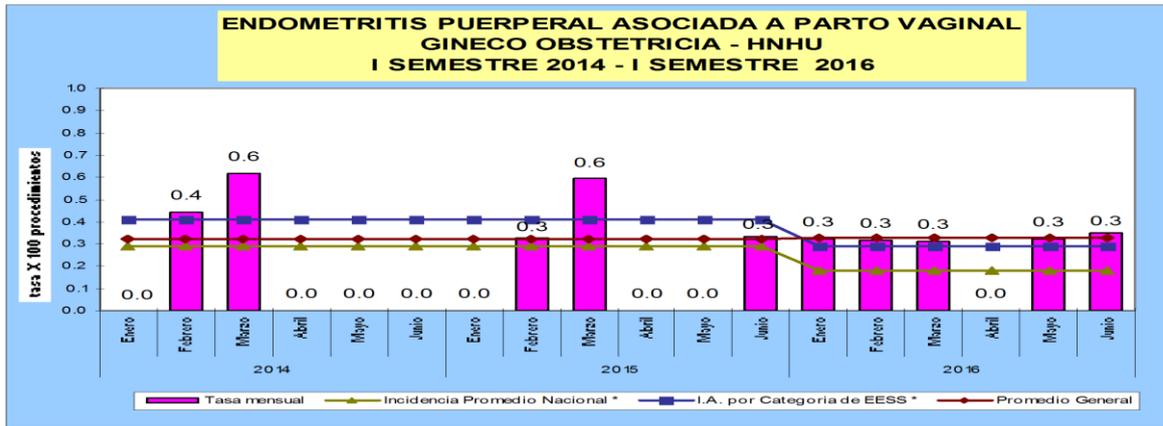


Gráfico N° 20 Fuente: Vigilancia IIIH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: Observamos que la tasa de IAAS/IIH de endometritis asociada a parto vaginal, se ha incrementado en por lo menos dos meses del primer semestre desde el 2014 hasta el presente año, teniendo en Junio 2016 una tasa de 0.3, lo que nos sitúa sobre los indicadores de nivel nacional y de hospitales de nivel 3-1.

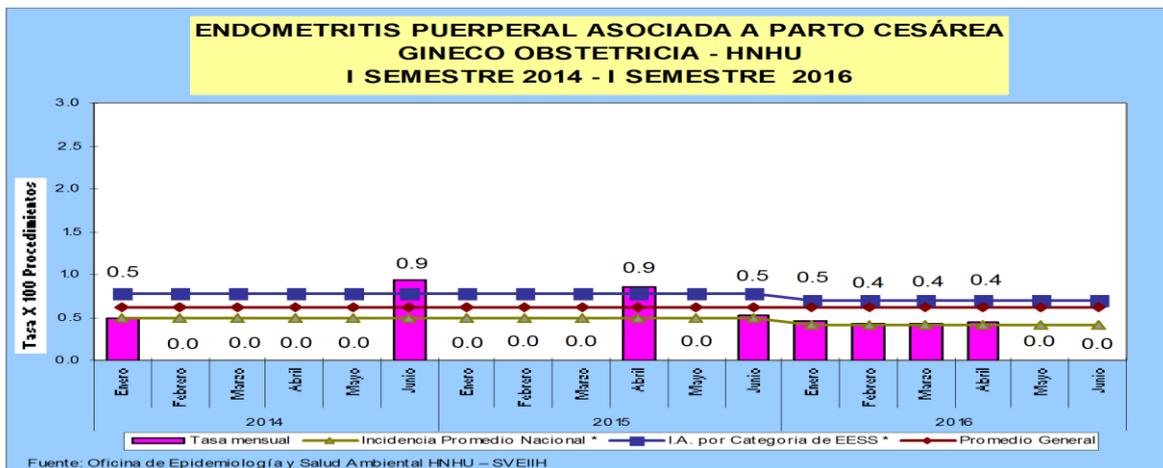


Gráfico N° 21 Fuente: Vigilancia IIIH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: El gráfico nos muestra que la tasa de IAAS/IIH de las endometritis asociadas a parto por cesárea, se incrementó en los primeros cuatro meses del presente año (0.4), teniendo luego un descenso en mayo (0.0) y junio (0.0), lo que nos sitúa bajo los indicadores de nivel nacional y de hospitales de nivel 3-1.

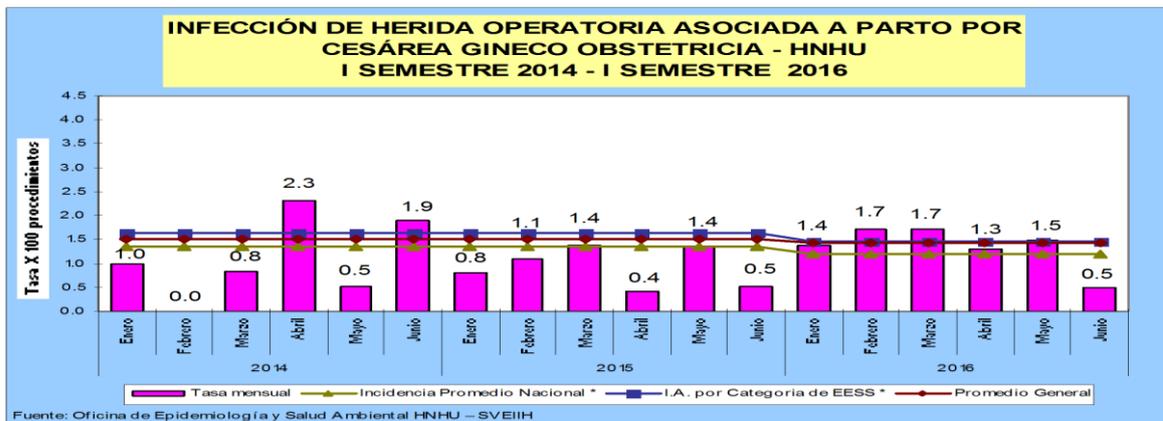


Gráfico N° 22 Fuente: Vigilancia IIIH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: La tasa de IAAS/IIH de IHO asociada a parto por cesárea ha tenido incrementos y descensos en su tasa en el primer semestre del 2014 hasta el 2016, pese al incremento de febrero (1.7) y marzo (1.7) 2016 en junio (0.5) disminuyó; situándonos bajo los indicadores de nivel nacional y de hospitales de categoría 3-1.

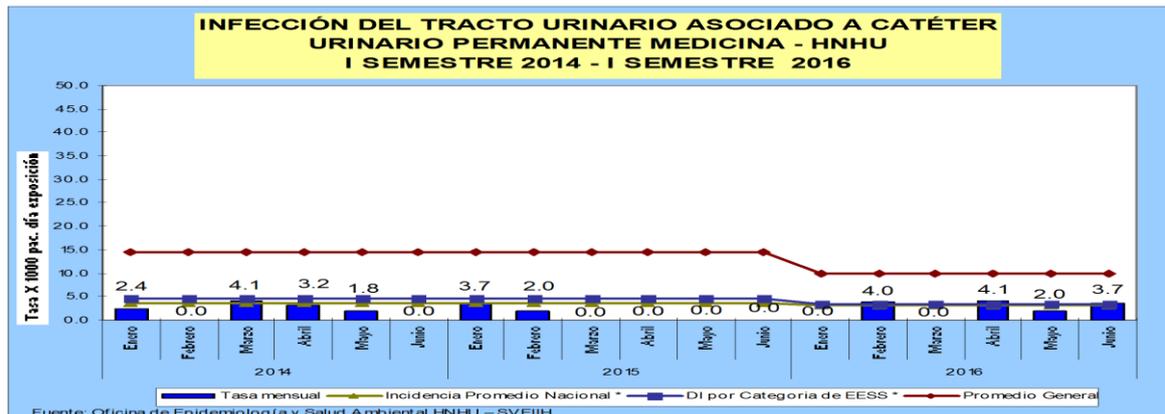


Gráfico N° 23 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: Se observa que la tasa de IAAS/IHH de ITU asociada a catéter urinario permanente se ha incrementado en algunos meses, teniendo como tasa máxima la de abril (4.1) 2016 situándonos sobre los indicadores de nivel nacional y de hospitales de categoría 3-1, pero por debajo del promedio general.

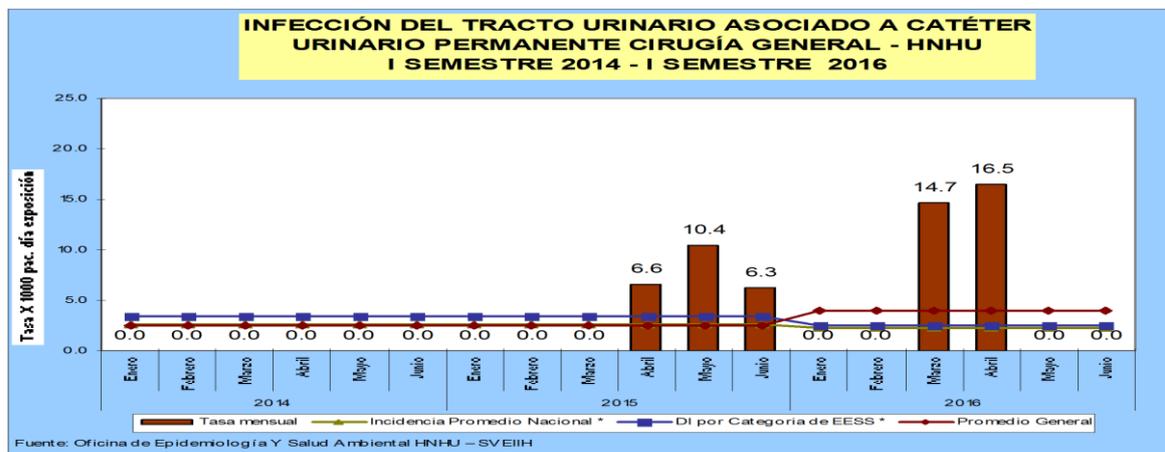


Gráfico N° 24 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: Se observa que la tasa de IAAS/IHH de ITU asociada a catéter urinario permanente tuvo un incremento en mayo 2015 (10.4) y abril 2016 (16.5) para luego descender en mayo (0.0) y junio (0.0) situándonos bajo los indicadores de nivel nacional y de hospitales de categoría 3-1.

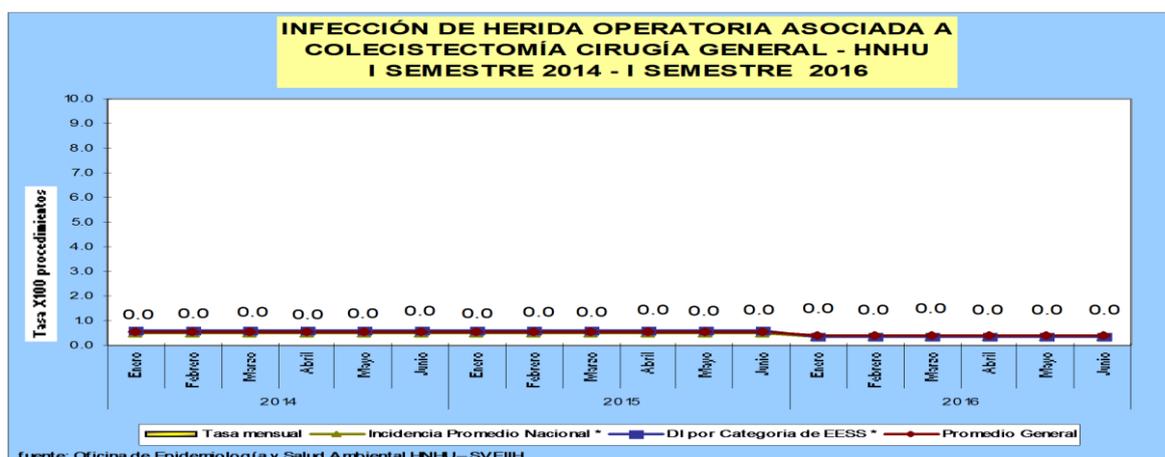


Gráfico N° 25 Fuente: Vigilancia IHH Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: El gráfico muestra la tasa de IAAS/IHH de IHO asociada a colecistectomía y evidencia que no hemos presentado casos en el primer semestre de los años 2014 al 2016 (tasa 0.0); manteniéndonos así bajo los indicadores de nivel nacional y de categoría 3-1.

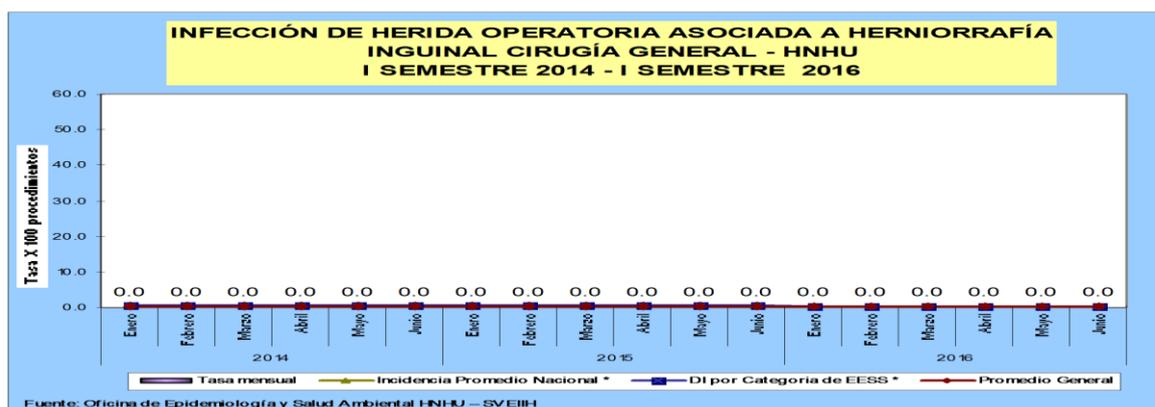


Gráfico N° 26

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: El gráfico muestra la tasa de IAAS/IIH de IHO asociada a Herniorrafia y evidencia que no hemos presentado casos en el primer semestre de los años 2014 al 2016 (tasa 0.0); manteniéndonos así, bajo los indicadores de nivel nacional y de categoría 3-1.

ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL DE LAS IIH AÑOS 2011 – 2015

La investigación del Estudio de Prevalencia Puntual, se desarrolla en el HNHU desde el año 2002, con 15076 egresos hospitalarios para ese año, desde entonces cumple con el MINSA quien a través de la Oficina General de Epidemiología puso en marcha en los establecimientos de salud con más de 1500 egresos al año, el plan de fortalecimiento de la Vigilancia, Prevención y Control de las IIH.

La importancia de contar con información de la magnitud de las infecciones y los factores asociados a cada una de ellas, fue motivo para iniciar al EPP. Es así que el Hospital Nacional Hipólito Unanue no fue ajeno a esta preocupación mundial siendo uno de los establecimientos de salud que fue incorporado al plan de fortalecimiento de VPC de las IIH desde el año 2000, fecha en que nuestra institución ya había iniciado las primeras acciones relacionadas al tema de IIH, primero con una vigilancia de pacientes hospitalizados en todos los pabellones y luego de un estudio de prevalencia que determinó el primer informe basal de las IIH en nuestra institución; a inicios del año 2002 la Unidad de Epidemiología pone en marcha el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias (SVE-IIH) de modo selectivo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia puntual de las infecciones Intrahospitalarias y uso de antimicrobianos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la distribución de la prevalencia de pacientes con infección Intrahospitalarias según la edad, el sexo, servicio de hospitalización y procedimientos invasivos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue
2. Determinar la distribución de IIH según tipo de infección, grupo de edad y sexo.
3. Describir y comparar la frecuencia de infecciones Intrahospitalarias en pacientes hospitalizados, según tipo de procedimiento invasivo empleado.
4. Describir la distribución de gérmenes aislados en cultivos, según tipo de infección Intrahospitalarias.
5. Identificar los antimicrobianos de uso frecuente a nivel hospitalario.

TABLA 12: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL DE LAS IIH AÑOS 2002- 2015										
Años	2002	2004	2006	2007	2008	2010	2011	2014	2015 Feb.	2015 Dic
Prevalencia	9.70%	4.80%	10.70%	5.50%	9.50%	3.60%	2.90%	1.42%	1.89%	2.40%

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Comentario: Los años que no figuran, son porque no se realizó el EPP, por falta de recurso humano.

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS NO ASOCIADAS A FACTOR DE RIESGO AÑOS 2011 1ER TRIMESTRE 2016

La vigilancia de IIH en el HNHU, incluye además aquellas infecciones en que los pacientes no tuvieron procedimientos invasivos y no solo aquellas que exige el MINSA, sino otras de interés institucional. Durante los años 2011 al 1er trimestre 2016, el servicio de medicina ha tenido el mayor número de eventos no asociados a factor de riesgo relacionados con neumonías asociadas y no asociadas, así como las Infecciones del Tracto Urinario

AÑOS	TABLA N° 13: INFECCIONES NO NOTIFICADAS A LA DGE/MINSA: IIH ASOCIADAS Y NO ASOCIADAS A FACTOR DE RIESGO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION - HNHU - 2011 - 1ER TRIMESTRE 2016																							
	Medicina					Neonato logía	Cirugía General					Pediatria					Cg. de Tórax				UTI			
	NIH No asociada	NIH Asociada	TS asociada a CVP	TS asociada a CVC	ITU No asociada	NIH No asociada	NIH No asociada	NIH Asociada	ITU No asociada	TS asociada a CVP	TS asociada a CVC	NIH . Asociada	NIH No asociada	ITU No asociada	ITU Asociada	TS asociada a CVP	TS asociada a CVC	NIH No asociada	NIH Asociada	IHO	ITU No asociada	ITU Asociada	TS asociada a CVP	TS asociada a CVC
2011	45	15	5	8	17	2	5	1	1	2	2	3	8	3	0	7	6	3	0	0	1	0	2	7
2012	16	18	9	12	8	0	0	2	0	3	0	4	2	0	1	6	6	0	1	0	0	0	1	7
2013	34	19	11	5	0	0	3	2	0	1	0	2	4	0	1	6	2	4	1	6	0	2	2	0
2014	32	16	2	6	2	2	4	1	0	0	1	5	3	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0
2015	28	26	4	2	2	1	9	0	0	4	0	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1er Trimestre 2016	18	10	0	2	4	0	11	1	0	0	0	0	4	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	0

Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

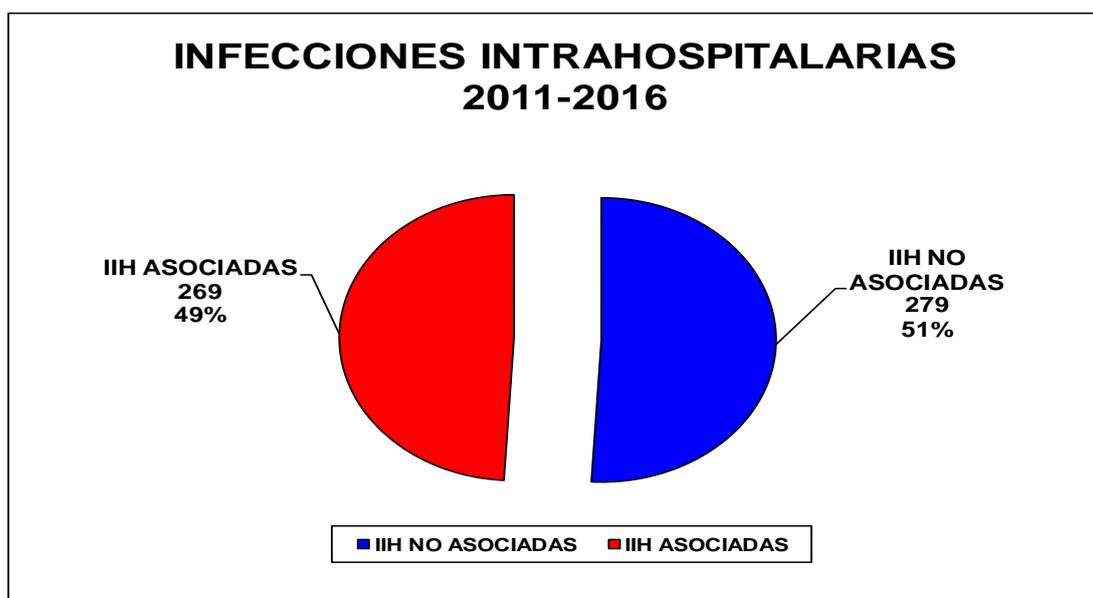


Gráfico N° 27 Fuente: Vigilancia IIH

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

COMENTARIO: En el gráfico, se observa que en los últimos 5 años las IIH no asociadas no difieren de las IIH asociadas a factor de riesgo en magnitud. Al respecto de las intervenciones relacionadas a estos daños, se han programado anualmente en el plan de intervención acciones de capacitación sobre las precauciones estándar y lavado de manos.

AUTOEVALUACION

El Ministerio de Salud en junio del 2007, aprueba la Guía técnica N° 523 que establece la evaluación interna de la Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias y con la finalidad de reducir el impacto de las infecciones en los usuarios, la OESA da cumplimiento a la implementación de la Guía Técnica de modo que cada trimestre se realiza esta actividad con los jefes de los Departamentos Médicos de Laboratorio, Farmacia, Centro Obstétrico, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Centro Quirúrgico, Pediatría, Neonatología, Comité de IIH y Epidemiología y Salud Ambiental. Como Antecedente histórico el cumplimiento en Estructura tiene puntuación promedio 75%, en cuanto a Proceso su puntuación promedio es de 85%. Cabe mencionar que las recomendaciones correspondientes a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental son elevadas a la Dirección General y Dirección de Calidad.

Ver Anexo 2 “Criterios de Autoevaluación” 1er y 2do trimestre 2016; fichas y análisis.

CAPACITACION DE TECNICA CORRECTA DE LAVADO DE MANOS AL PERSONAL ASISTENCIAL

Desde el año 2005, el área de IIH capacita sobre lavado de manos y desde el año 2007 se registra la capacitación de la Técnica correcta del lavado de manos social, clínico y quirúrgico, desde entonces esta capacitación se programa cada año por servicios, con el objetivo de disminuir la tasa de IIH, actividad que se ha convertido en la más importante por el impacto que tiene, habiendo capacitado a la fecha 1,204 trabajadores.

CAPACITACIÓN DE LAVADO DE MANOS 2007 - I TRIMESTRE 2016

ANO	GRUPO OCUPACIONAL	N° DE CAPACITADOS	TOTAL DE CAPACITADOS
2007	Lic. Enfermería	92	178
	Tec.y Aux. Enfemería	66	
	Médico	16	
	Químico Farmaceutico	4	
2008	Tec.y Aux. Enfemería	115	355
	Lic. Enfermería	91	
	Tec. Laboratorio	61	
	Tec. Nutrición	39	
	Tec. Farmacia	13	
	Lic. Obstetra	10	
	Lic. Nutrición	9	
	Tec.y Aux. Nutrición	7	
	Interno Odontología	4	
	Tec. Administrativo	3	
	Médico	2	
2009	Químico Farmaceutico	1	116
	Tec. Nutrición	30	
	Tec. Enfermería	22	
	Administrativo	22	
	Médico	16	
	Lic. Enfermería	16	
2010	Interno Medicina	10	71
	Lic. Enfermería	30	
	Tec. Enfermería	23	
	Interno Medicina	7	
	Médico	5	
	Lic. Obstetra	2	
	Tec. Laboratorio	2	
2011	Administrativo	2	78
	Tec. Nutrición	31	
	Tec. Laboratorio	12	
	Tec. Enfermería	11	
	Lic. Enfermería	9	
	Lic. Nutrición	9	
2012	Médico	6	33
	Tec. Nutrición	28	
2013	Lic. Nutrición	5	64
	Tec. Nutrición	60	
2014	Lic. Nutrición	46	59
	Lic. Enfermería	10	
	Tec. Enfermería	3	
2015	Tec. Enfermería	30	79
	Interno Odontología	16	
	Tecnólogo médico	14	
	Tec. Rehabilitación	6	
	Médico	5	
	Lic. Enfermería	4	
	Tec. Nutrición	2	
I TRIMESTRE 2016	Tec. Administrativo	2	171
	Tec. Enfermería	61	
	Lic. Enfermería	42	
	Tecnólogo médico	20	
	Estudiante Enfermería	14	
	Interna Obstetricia	9	
	Interno Odontología	8	
	Mantenimiento	7	
	Médico	5	
	Tec. Nutrición	3	
	Lic. Nutrición	1	
Asistenta Social	1		

RETOS AFRONTADOS EN EL PERIODO 2011 1ER TRIMESTRE 2016

- Lograr la meta trazada al 100%, que ha sido programada anualmente en el POA y en el Plan de intervención anual.
- Lograr el cambio de actitud del personal asistencial profesional y técnico, frente al cumplimiento de las Precauciones Estándar para prevenir las IIH.
- Lograr disminuir las IAAS/IIH.
- Lograr que el equipo de salud asuma la corresponsabilidad de la Prevención de las IAAS/IIH.
- Lograr que el 90% de los trabajadores aplique la técnica del lavado de manos, especialmente el grupo asistencial.
- La resistencia a la protección respiratoria en áreas de riesgo, mediante el uso del respirador por parte del Personal de Salud.
- Lograr mayor participación del CIIH en la VPC de las IIH.

LIMITACIONES Y DIFICULTADES

- Limitada provisión de insumos de protección, en especial para el lavado de manos.
- Escaso compromiso del equipo de salud relacionado con las IAAS/IIH.
- Limitado cambio de actitud, del equipo de salud para asumir la corresponsabilidad en la disminución de las IAAS/IIH.
- Infraestructura hospitalaria. antigua, que no permite que las áreas de riesgo tengan la distribución física, según estándares internacionales. Ejem: Neonatología en permanente hacinamiento, por la alta demanda de hospitalización.
- Ausencia de un programa de mantenimiento de equipos biomédicos y del profesional especialista en el tema, que permita la sostenibilidad del buen estado de los equipos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Comparativamente en estos años se ha logrado disminuir la incidencia de las IIH pero aún falta mejorar.
- Fortalecer el Comité de IIH.

ANEXOS

Entre los años 2011 y primer trimestre 2016, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental ha implementado un Plan de intervención anual en relación a la Vigilancia Prevención y Control de las IASS/IIH, teniendo en cuenta los problemas priorizados y las metas trazadas.

**ANEXO 1: PROBLEMAS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS CORRECTIVAS
OESA – HNHU AÑOS 2011- 1ER TRIMESTRE 2016**

PROBLEMA PRIORIZADO	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS CORRECTIVAS
Fortalecimiento de la VPC de las IIH y de los Accidentes Biológicos Laborales (ABL)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de Plan de Mejora Continua de la Calidad del lavado de manos • Implementación de puntos de insumos de lavado de manos para las áreas de atención directa al usuario externo. • Implementación de puntos de insumos de lavado de manos, de uso del usuario interno. • Implementación de puntos para la Higiene de manos con solución de Alcohol Gel iniciada en el año 2009; en los servicios de Gineco Obstetricia, y C.Ext. de Otorrino. • Monitoreo mensual de dispensadores de insumos para el lavado de manos. • Monitoreo de la Técnica correcta del lavado de manos. • Monitoreo de los ABL mediante la información mensual recabada de los servicios. • Las Normas locales elaboradas se basaron estrictamente en la higiene de manos, protección respiratoria y la observación estricta de las precauciones estándar. • Se implemento la Norma Implementación de Norma Local para la Vigilancia y Control de Accidentes • EL CIIH a pesar de contar con limitaciones logísticas y de recursos humanos, se incorporo en la vigilancia de la resistencia antimicrobiana. • De igual modo comparte la responsabilidad de la Vigilancia de los Accidentes Biológicos Laborales
Implementación de Normas Locales	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión de Normas Legales a las Jefaturas de Departamentos y Servicios sobre IIH. • Las Normas locales elaboradas se basaron estrictamente en la higiene de manos, protección respiratoria y la observación estricta de las precauciones estándar. • .Difusión de Normas Legales de ABL.
Capacitación, Supervisión y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Se incorporo en el POA el Plan de Capacitación Anual de lavado de manos, dirigido al personal asistencial que labora en los servicios de hospitalización. • Se ha realizado capacitaciones de. Orientación al personal de Internos y Residentes que ingresan al HNHU. • Se realizo eventos de capacitación sobre IASS/IIH, Bioseguridad y Prevención de Accidentes Biológicos Laborales dirigido al personal asistencial y de mantenimiento. Se ha realizado anualmente Campañas de lavado de manos • La supervisión y monitoreo es permanente. • Cada trimestre se realiza la Autoevaluación aplicando la Guía Técnica RM 523-2007/MINSA.

ANEXO 2: INFORME DEL ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN INTERNA DE VIGILANCIA PREVENCIÓN CONTROL DE LAS IIH DEL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE 2016 DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

En el primer y segundo trimestre 2016, no hubo variación en relación a los criterios de evaluación interna de la VPC de las IASS/IIH; en tal razón se informa a continuación por cada área evaluada:

ANÁLISIS DEL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE

- **Comité de Infecciones Intrahospitalarias**, tiene cumplimiento en Estructura de 87.5%, en Proceso 84.6%, Resultado 75.0%; siendo su cumplimiento total de 84.0%. Este Comité no cuenta con ambiente designado para sus reuniones, tiene limitación en la logística requerida para el desarrollo de sus actividades.
- **Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**, con 2 áreas evaluadas:
Epidemiología, que tiene en Estructura, Proceso, Resultado y cumplimiento total de 100%; cuenta con profesionales necesarios para el desarrollo de funciones definidas, no obstante las Lic. Enfermeras no están a tiempo completo dedicadas a la VPC de las IIH por tener que realizar otras actividades.
Salud Ambiental, tiene en Estructura y Resultado 100%, en Proceso 66.7%; siendo su resultado Total de OESA 93.5%.
- **Laboratorio de Microbiología**, tiene en Estructura, Proceso, Resultado y cumplimiento total de 100%.
- **Farmacia**, en Estructura su cumplimiento ha sido de 50.0%, no cumple con la evaluación 4 ítem: No cuenta con termo higrómetros para medir la humedad en los ambientes de almacenamiento de medicamentos. Los documentos Normativos se encuentran en proceso de revisión para actualizarlos y no culmina por la recarga de funciones asistenciales; actualmente el personal CAS ha renunciado y por ende nuestro personal profesional y técnico ha disminuido en número.

En el Proceso su cumplimiento es de 62.5%, no cumple con la evaluación 3 ítem: El Comité responsable aún tiene que evaluar el uso de los antibióticos restringidos. El abastecimiento de los requerimientos mensuales es insuficiente. Por falta de recurso humano se tiene limitación para desarrollar estudios de ATM.

Resultado, su cumplimiento es de 100%, total final de Laboratorio 58.8%.

- **Central de Esterilización**, Estructura tiene cumplimiento de 62.5%, no cumple 2 ítem: La Central del HNHU, centraliza el lavado, preparado y esterilización de los insumos y aún falta centralizar estas actividades del total de servicios.
 - Está en proceso la ampliación de áreas unidireccionales según Norma de Central de Esterilización del MINSA 2002; roja, azul y verde.
 - Se cuenta con la operatividad del 50% de equipos y autoclaves.
 - Aún en proceso la adquisición de equipo de esterilización del método de Peróxido de gas.

En Proceso y Resultado su cumplimiento es de 100%; el total final de CE 85.0%.

- Lo que corresponde a DAN 85.7%, el criterio de evaluación de infraestructura, es que no Cuenta con ambiente exclusivo. Para DAN en Proceso su cumplimiento es de 100%.
- Para el total de (CE) y (DAN) tiene cumplimiento de 87.5%.
- **Centro Quirúrgico**, Estructura y Proceso 100%, Resultado 33.3%, en este rubro el rasurado de vello no se realiza en SOP.

- **Centro Obstétrico**, Estructura tiene cumplimiento de 71.4%,
 - No cuenta con ambiente de aislados para pacientes VIH y drogo resistentes.
 - Carece de sala de recuperación para puerperio mediato y la SOP no está operativa.
 En Proceso tiene cumplimiento de 71.4%.
 - En tacto vaginal el ideal es de 3 a 4 veces, en CO se realizan hasta 4 veces.
 - En Resultado el cumplimiento es de 66.7% y el total de cumplimiento 70.6%.

- **Unidad de Cuidados Intensivos**, Estructura tiene cumplimiento de 72.7%, 77.8%, Resultado 100%; con total final de 78.3%.
 - La infraestructura de UCI, no cumple con la Norma técnica (Zona gris, zona blanca e ingeniería hospitalaria).
 - El recurso profesional es insuficiente para la demanda y dependencia del paciente (Médicos y Enfermeras).
 - El servicio no cuenta con áreas de aislados.

- **Hospitalización de Medicina**, Estructura tiene cumplimiento de 20.0%, Proceso 85.7%, Resultado 100% y total final de 66.7%.
 Este servicio es uno de los más álgidos, por que tiene gran demanda de hospitalización y Cuenta con más de 100 camas de hospitalización (Infraestructura antigua).

- **Pediatría**, Estructura tiene cumplimiento de 40.0%, Proceso 71.4%, Resultado 100% y total final de 66.7% (hospitalización).
 - El ambiente de aislados carece de presión negativa.
 - El equipamiento es antiguo e insuficiente.
 La UCI Pediátrica, en Estructura 45.5%, Proceso 100%, Resultado 100% y total final 72.7%.

- **Neonatología**, en hospitalización tiene cumplimiento de 100% en Estructura, Proceso 85.7%, Resultado 100% y total final 93.3%.
 - El área de aislamiento propia aún por construir y la infraestructura es inadecuada; se menciona que se ha coordinado con IESS, por lo que ya están los planos.
 La UCI neonatal, en Estructura cumple en 45,5%, Proceso 87.5%, Resultado 100% y Total final 68.2%.
 - El número de profesional médico y Enfermera es insuficiente.
 - La infraestructura es inadecuada para el número de cunas.
 - Desde el 2014 se cuenta con área de descontaminación
 - El programa de mantenimiento de equipos, se realiza a los nuevos no así a los antiguos por no contar en el HNHU con especialistas en el tema.

TABLA N° 2: Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias
1^{er} TRIMESTRE 2016 - HNHU

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
			C	NC		
1.-COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS						
ESTRUCTURA						
1	El comité tiene Resolución Directoral (RD) actualizada	RD o su equivalente	X		RD N° RD N°059-2016	
2	Cuenta con un plan anual, aprobado por Resolución Directoral	Elaborado según NT 020 1er mes del año	X		Plan	
3	Los objetivos del Plan están incorporados en el PO institucional	Objetivos del Plan en POI	X		POI	
4	Dispone de la normatividad referida a Vigilancia, Prevención y Control de IIH (VPCde IIH)	Ejemplar accesible de cada documento	X		Normas IIH	
5	El CIH está presidido por el director del Hospital o su representante	RD.	X		RD, actas	
6	El CIH está compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas	Médico, Enfermera de VPC, representantes de Microbiología, Epidemiología y Calidad	X		Reglamento del CIH, libro de actas	
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo	Operativas, disponibles y suficientes		X	Informes Actas	
8	Miembros del CIH reciben capacitación en IIH	Por lo menos 3 miembros del comité, anualmente	X		Registro y/o informes de la capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	7	%=	87.5%	
PROCESO						
9	El CIH determina los daños y servicios que serán vigilados	Plan local Libro de actas	X		Plan local Libro de actas	
10	Registra reuniones en libro de actas, con control de acuerdos	100% de reuniones registradas	X		Libro de actas	
11	Analiza resultados de la VPC IIH y ABL y propone acciones correctivas	Evaluación al menos trimestralmente	X		Libro de actas Informe de la Dirección del hospital	
12	Analiza y difunde el mapa microbiológico a servicios asistenciales	Cada 6 meses		X	Cuaderno de cargos	
13	Promueve con la Oficina de Calidad la implementación de planes de mejora según problemas priorizados	Implementa por lo menos un PMCC al año	X		PMCC Informe de implementación	
14	Analiza informes de manejo de residuos sólidos hospitalarios y propone intervenciones	Trimestral	X		Libro de actas Informe de la Dirección del hospital	
15	Analiza informes sobre calidad del agua y propone intervenciones	Trimestral	X		Libro de actas Informe de la Dirección del hospital	
16	Evalúa y propone actividades oportunas de PC en caso de brotes e hiperendemias	En el 100% de casos	X		Informe a la Dirección del hospital	
17	Evalúa resultados de acciones de VPC IIH y los avances del Plan	Trimestral	X		Libro de actas, informes	
18	Con el Comité farmacológico implementa estrategias para el uso racional de ATM	CIH, participa en su implementación	X		Libro de actas, informes	
19	Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional	Según el caso		X	Libro de actas, informes	
20	Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros insumos para la VPC de las IIH y ABL	Especificaciones de los productos y políticas de uso de antimicrobianos	X		Informe Propuesta técnica de licitaciones	
21	Informa trimestralmente a la Dirección de los resultados, logros y dificultades	De acuerdo al Plan Anual	X		Informa a la Dirección del hospital	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	11	%=	84.6%	
RESULTADOS						
22	Cumplimiento de las metas señaladas en el Plan en no menos del 80%	De actividades programadas en el Plan	X		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 de las IIH	X		Informe anual	
24	El 90% del personal por lo menos cumple con el lavado de manos en áreas críticas	Según línea de base		X	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	X		Informe anual Lista de cotejo	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	75.0%	
TOTAL COMITE DE IIH		CUMPLIMIENTO: N° =	21	%=	84.0%	

2.- OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL					
EPIDEMIOLOGIA					
ESTRUCTURA					
1	Cuenta con la Oficina/Unidad de Epidemiología	ROF	X	ROF	
2	Cuenta con equipos de cómputo, correo electrónico e impresora	Operativos y disponibles	X	Lista verificación	
3	Cuenta con documentos, tecnicos de VPC IIH (Anexo N° 1)	Ejemplar de cada documento	X	Normas disponibles	
4	Cuenta con profesionales necesarios y con funciones definidas	Epidemiólogo, Enfermera, Estadístico, otros	X	MOF CAP	
5	Cuenta con Efermera para la VPC IIH	A tiempo completo (1/200 camas)	X	MOF CAP	La enfermera no esta dedicada a tiempo completo y exclusivo para la VPC IIH
6	En las acciones de VPC incorpora personal de los servicios	Al menos uno por servicios	X	Informes	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	6	%=	100.0%
PROCESO					
7	Investiga brotes e hiperendemias, comunica resultados a la Dirección, al Comité de IIH y al nivel intermedio	En 100% de los casos	X	Informes Reportes	
8	Vigila diaria y activamente las IIH en servicios seleccionados	En 100% de los casos	X	Reportes Formatos	
9	Revisa los resultados microbiológicos positivos de servicios seleccionados	Diariamente en el Laboratorio de Microbiología	X	Plan de actividades Informes	
10	Vigila y reporta los ABL	Vigilancia pasiva	X	Reportes	
11	Conduce los estudios de Prevalencia de IIH y otros relacionados	De acuerdo a Plan	X	Informes	
12	Participa en la vigilancia del URATM	De acuerdo a Plan	X	Informes	
13	El Epidemiólogo supervisa la vigilancia activa de la Enfermera	Semanalmente	X	Plan de actividades	
14	Capacita en VPC IIH y ABL en los servicios	Durante la supervisión	X	Plan de actividades.	
15	Informa a nivel intermedio resultados de la vigilancia y otros afines	Mensual y portunamente	X	Informes	
16	Informa al CIH y a la dirección las incidencias de IIH y ABL	Mensual y oportunamente	X	Informes	
17	Elabora tendencias de las incidencias de las IIH vigiladas	Con al menos 5 años de reportes	X	Informes de la vigilancia	
18	Analiza e informa sobre el comportamiento de la vigilancia de IIH	De acuerdo a linea basal y estandares	X	Informes	
19	Identifica y analiza con salud ocupacional, riesgos laborales y propicia control de los mismos	Especial atención a exposición a cortopunzantes y TBC	X	Reportes Informes	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	13	%=	100.0%
RESULTADOS					
20	Cunple las metas señaladas para la vigilancia de la IIH y ABL en el plan en no menos del 80%	De lo programado en el Plan	X	Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%
SUBTOTAL EPIDEMIOLOGÍA		CUMPLIMIENTO: N° =	20	%=	100.0%

SALUD AMBIENTAL					
ESTRUCTURA					
21	Cuenta con plan de manejo de RSH.(Anexo N° 3)	Plan anual	X	Plan	Se cuenta con Plan de Gestión de Residuos Sólidos
22	Cuenta con los insumos necesarios para cumplir sus funciones	Según especificaciones	X	Informes	Informe de desratización/Ficha de control/Requerimientos
23	Cuenta con los equipos para el acopio y transporte intermedio de los RSH	De acuerdo a requerimientos solicitados	X	Lista chequeo Informes	Requerimiento en los TDR del servicio de limpieza y desinfección
24	Dispone del personal capacitado de acuerdo a funciones	Ing. Ambiental o sanitario o Técnico sanitario	X	MOF. CAP. Informes de capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	4	%=	100.0%
PROCESO					
25	Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en RSH	De acuerdo a la norma vigente	X	Reportes Informes	Ficha de evaluación de limpieza/Manejo de Residuos Sólidos
26	Controla puntos críticos de agua en C.Quirúrgico, C. Obstétrico, Central de Esterilización, UCI, Hemidialisis, otros		X	Fichas con firmas respectivas	Se cuenta con Reactivo DPD N° 01.
27	Realiza limpieza y desinfección de reservorios de agua	De acuerdo al plan de limpieza y a la norma	X	Informes	Limpiezasemestral incluido en TDRdel serv. De limpieza hospitalaria
28	Vigila y controla el manejo sanitario de los alimentos según normatividad vigente	Inspecciones periódicas al servicio de Nutrición		X	Informes No se ha realizado, pero se ha coordinado con la DISA IV LE se realice la inspección.
29	Realiza el control de vectores de acuerdo a la norma	Programa de fumigación, desratización	X	Fichas e Informes	Ficha de intervención, fumigación y desratización
30	Con farmacia, supervisa manejo adecuado de productos y desinfectantes de uso general	Según el Plan		X	Informes
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	4	%=	66.7%
RESULTADOS					
31	Cumple por lo menos el 80% de las metas señaladas en el plan de actividades	Actividades programadas	X	Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%
SUBTOTAL SALUD AMBIENTAL		CUMPLIMIENTO: N° =	9	%=	81.8%
TOTAL OF. DE EPID Y SALUD AMB		CUMPLIMIENTO: N° =	29	%=	93.5%

3- LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA (LM) ANEXO N° 4						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con los criterios de infraestructura, según norma	De acuerdo a normatividad	X		Lista chequeo Informes	
2	Cuenta con equipos necesarios para el diagnóstico y antibiograma	Equipamiento mínimo apto para el uso	X		Registro de equipos y estado	
3	Dispone de insumos mínimos necesarios para diagnóstico y antibiograma	Listado de insumos mínimos	X		Listados	
4	Cuenta con insumos de protección del personal en cantidad suficiente	Guantes, respiradores, mandiles, lentes	X		Informes	
5	Cuenta con instrumentos para controlar temperaturas	Termómetro máximo y mínimo, registrador de temperatura	X		Registros	
6	Cuenta con los Manuales de Procedimientos	Por tipo de Procedimientos	X		MAPRO	
7	Formato de solicitud de exámenes de laboratorio para hospitalización, con la información necesaria para la ayuda al diagnóstico	En laboratorio de Microbiología >del 80% de formatos con información necesaria	X		Muestreo de un día > 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	X		Archivo de resultados	
9	Dispone de stock temporal para cepas posibles IIH con fines de verificación	Stock temporal 15 días	X		Listado Informes	
10	Cuenta con todas las cepas referenciales ATCC necesarias y viables	S. Aureus ATCC 25923, E.Coli ATCC 25922, E.Fecalis 29212, P.Aeruginosa 27853	X		Listado de stock	
11	Cuenta con recursos humanos necesarios	Profesionales, técnicos y auxiliares de microbiología	X		Manual de Organización y Funciones MOF Cuadro de Asignación de personal CAP Programacion	
12	El personal está capacitado de acuerdo a sus funciones	Cumple > del 70% del Plan Anual Capacitación	X		Plan de capacitación Informes	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° = 12	%= 100.0%		
PROCESO						
13	Almacena los insumos adecuadamente	según RMF. No se utilizan fuera del rango	X		Listado	
14	Realiza pruebas de diagnóstico de acuerdo al nivel de complejidad	Listado de pruebas mínimas	X		Registro de pruebas realizadas	
15	Utiliza sangre de carnero en casos necesarios	Aislamiento primario y pruebas de identificación	X		Informes	
16	Realiza pruebas adicionales de resistencia, BLEE, MRSA,MLS Y VRE	Según criterios establecidos	X		Registro Reportes	
17	Emita oportunamente los resultados de acuerdo al tipo de muestra y análisis	Tiempos establecidos	X		Manual de Procedimientos	
18	Informa resultados de sensibilidad antimicrobiana al CIH, según muestras, microorganismos y servicios	De servicios predefinidos por CIH (semestral)	X		Reportes	
19	Utiliza software actualizado de VR ATM	Resultados oportunos	X		Reportes	
20	Realiza control de calidad de insumos de las pruebas para diagnóstico microbiológico	Medios de cultivo, reactivos, discos de sensibilidad ATM	X		Libro de registros	
21	Controla los medios y discos de sensibilidad antimicrobiana	Control de calidad al menos cada 15 días	X		Registros	
22	Cumple las Normas de Bioseguridad dispuestos en el laboratorio	Con buenas prácticas y barreras	X		Manual Bioseguridad	
23	Controla y registra la temperatura de estufas, refrigeradora y congeladora	A primera hora y a la salida (diario)	X		Registros	
24	Participa del programa de evaluación externa del laboratorio de Referencia Regional	Anual	X		Informes	
25	Coordina con servicios para optimizar desempeño en calidad de muestras, llenados de órdenes e interpretación de los resultados	Semestral	X		Plan de actividades	
26	No informa de rutina la sensibilidad a los antibióticos de uso restringido por el CIH y Comité Farmacológico	Responsabilidad compartida	X		Resultado de antibiogramas	
27	Estudia los brotes de IIH con orientación epidemiológica y envía cepas al Laboratorio de Referencia	Participa activamente	X		Informes Registros	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° = 15	%= 100.0%		
RESULTADOS						
28	Los resultados del programa de evaluación externa (PEED) son satisfactorios de acuerdo al nivel de complejidad del hospital	% de pruebas aceptables, concordancia de halos e interpretación	X		Informes	
29	La positividad de los hemocultivos convencionales debe ser > ó =10% y en los automatizados de > ó = 20%, la contaminación debe ser < ó = 3 a 5% respectivamente	Solo se mide en bacteriemias clínicas o septicemias	X		Informes Libro de resultados de Informe anual	Cumple parcialmente La positividad de hemocultivos automatizados es del 18%
SUBTOTAL RESULTADO			CUMPLIMIENTO: N° = 2	%= 100.0%		

4- FARMACIA (F)						
ESTRUCTURA						
1	Farmacia y los almacenes espeializados de medicamentos y otros productos farmacéuticos como necesarios para el hospital	Cumplimiento del manual de BPA (RM N° 585-99-SA/DM)		X	check list de buenas prácticas de almacenamiento.	No contamos con termohigrómetros. No tenemos la indumentaria de bioseguridad . Cascos, Fajas, lentes.No tenemos área de almacenamiento acorde a la cantidad de productos a almacenar.
2	Cuenta con los ATM identificados como necesarios para el hospital	el 100% de ATM se encuentran en normastock	X		Listado de indicadores del almacén especializado de farmacia, antimicrobianos esenciales.	Normalmente son abastecidos por dares que a veces se ven retrazados en la entrega por retrazos en girar las órdenes de compra.
3	Los ATM no considerados en el petitorio nacional de medicamentos esenciales (PNME) vigentes disponibles en farmacia , son aprobados por Comité Farmacológico	El 100% de ATM no incluidos en PNME aprobados por comité Farmacológico	X		Listado aprobado por el comité farmacoterapeutico, anexo 1 , 2 y 3 . Evaluación de indicadores de stock	Cuando se vencen las actas de aprobación por el comité de vigencia de 01 año, los servicios no sustentan su uso hasta que se presenta 01 caso que lo amerita , viendose retrazada la compra e inicio dela terapia.
4	Dispone de antisépticos y sus diluciones según especificaciones del CIH y documentos técnicos farmacéuticos normativos	El 100% de antisépticos en norma stock	X		No se cuenta con indicadores de disponibilidad de antisepticos.	Solo contamos con Alcohol de gel, Jabón líquido , clorhexidina 2%, NO tenemos stock de clorhexidina 4% , está en proceso de compra.
5	Dispone de hojas amarillas para notificación de reaccion adversa de medicamentos relacionadas con el uso de ATM	Disponible y suficientes en el 100% de los servicios	X		Reporte mensual de hojas amarillas enviadas a Digemid.	Se cumple en su totalidad mensualmente, a cargo del área de dosis unitaria.
6	Dispone de documentos normativos actualizados	Visibles		X	Falta actualización de manuales de procedimientos de farmacia.	En proceso de actualización por los responsables de las áreas, no se puede culminar por la recarga de funciones asistenciales.
7	Cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados	Q. Farmaceutico, técnico y auxiliar		X	No contamos con reemplazo de la renuncia CAS de QF Clariza ildefonso, responsable del pabellón de infectología y miembro del plan piloto de farmacia clinica, no tenemos 01 tecnico de farmacia que cubra vacaciones o descansos médicos cuando amerita.	Normalmente no se pueden cumplir al 100% con nuestros procesos especificados en el mapro ya que tenemos que cubrir las funciones con el personal existente, recargando y estresando al personal.
8	Responsable del almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital	Almacen especializado cumple manual de BPA		X	No contamos con stock para la elaboración de antisepticos en su totalidad.	No tenemos clorhexidina al 2%
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	4	%=	50.0%	

PROCESO						
9	Supervisa y controla los medicamentos e insumos de su responsabilidad de uso en los servicios del hospital	Supervisión del 100% al menos 2 veces al mes	X		Hojas de devolución de medicamentos por dosis unitaria, pabellón de medicina, cirugía general, cirugía especialidades, pediatría, neonatología, traumatología. Estadística del monto valorizado por medicamentos y material médico devuelto.	En los pabellones sin dosis unitaria no se puede llevar el control de los productos farmacéuticos.
10	Controla la dispensación de antibióticos de uso restringido (ATMR)	El 100% de ATMR dispensados con autorización del CIH a través de médicos designados		X	No se cuenta con evaluación del comité antes el uso de Antibióticos de uso restringido.	
11	Controla los antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital	Cumple directiva del SISMED tarjetas de control visibles	X		Mediante ficha mensual de evaluación de soluciones tópicas y desinfectantes.	A cargo del servicio de farmacotecnia.
12	Responsable de la preparación de diluciones de los antisépticos y desinfectantes	Cumple con criterios técnicos de preparación de galénicos	X		Ficha técnica. Farmacopea	Ninguna
13	Responsable del expendio de antisépticos y desinfectantes	Cumple con el 100% de los requerimientos		X	Almacén de farmacia, Requerimiento mensual	Desabastecimiento de insumos
14	Realiza capacitaciones a nivel local	Por lo menos 6 capacitaciones anuales	X		Contamos con las listas de las capacitaciones firmadas por el personal. En el área de dosis unitaria todos los miércoles se toman casos clínicos y ponencias de temas sobre uso de medicamentos y tratamiento.	
15	Desarrollo estudios de utilización de ATM, antisépticos y desinfectantes	Participa como mínimo en estudio sobre ATM cada 2 años		X	No se realizan estudios.	No contamos con personal para realizar estudios de ATM, por las labores administrativas y asistenciales que cumple cada Químico Farmacéutico.
16	Responsable de elaboración de las fórmulas estériles: Nutrición parenteral (NPT) y mezclas intravenosas	El 100% de las fórmulas elaboradas según normas	X		Consenso lat. De preparaciones de mezclas parenterales. Documentos enviados a Jefatura de farmacia "Mejoras del ambiente de farmacotecnia"	Según Buenas Prácticas de elaboración. En cuanto a infraestructura no se cumple por falta de recursos como aire acondicionado, pozos de lavadero, etc.
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	62.5%	
RESULTADOS						
17	Cumple metas programadas para farmacia en VPC IIH en no menos del 80%	Del plan	X		Informe mensual enviado a calidad, de estadística, atenciones, indicadores de calidad.	Se cumple con las actividades existentes mas no podemos implementar por falta de recursos humanos e infraestructura.
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%	
TOTAL LAB. DE MICROBIOLOGIA		CUMPLIMIENTO: N° =	10	%=	58.8%	

5-CENTRAL DE ESTERILIZACION (CE) Y DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)						
CENTRAL DE ESTERILIZACION (CE)						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma	Area roja, verde y azul		X	Lista de chequeo	Expediente N° 14-027949-001 del 04/08/14 se hizo ampliación de área nueva azul (11/2014). Pendiente la remodelación de área Roja, Azul, Verde de C.E.
2	Dispone de equipos e insumos de limpieza y descontaminación recomendadas	Detergente, agua blanda y destilada, hisopos, pistolas, otros		X	Manual de procedimientos	Se cuenta con Detergente Enzimático, isopos, equipo de ATP por bioluminiscencia.
3	Cuenta con equipos e insumos de secado recomendados	Aire comprimido, pistolas, secadores		X	Manual de Procedimientos	Con Informe N° 041-SECE HNHU-L-2014, se solicitó equipo de cámara de secado de tubos y material, se cuenta con secadores de tela.
4	Cuenta con los empaques recomendados	Papel grado médico corrugado, etc	X		Manual de procedimientos	
5	Dispone de equipos esterilizadores operativos y validados	Autoclaves, hornos con ventilador y cámara de baja temperatura con registros de verificación de procesos	X		Documento de auditoria y certificación Registro de apto	
6	Cuenta con controles físicos, químicos y biológicos necesarios y normativos	Controles validados y certificados	X		Registros	
7	Cuenta con un programa efectivo de mantenimiento de equipos	Cronograma normado	X		Registro de mantenimiento	
8	Cuenta con personal capacitado para realizar las funciones	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril	X		Manual de Organización y funciones Constancia de capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	62.5%
PROCESO						
9	La jefatura de CE conduce, controla, supervisa y registra todas las etapas del proceso de esterilización en el hospital	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril	X		Manual de Organización y funciones. Manual de procedimientos	
10	Participa activamente en las especificaciones técnicas para compra de materiales e insumos de servicios	Define especificaciones técnicas	X		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	X		Certificado de proveedor	
12	Controla y registra los procesos de limpieza y descontaminación	En el hospital	X		Registros	
13	Controla y registra los procesos de secado	En el hospital	X		Registros	
14	Controla y registra los procesos de empaquetado	En el hospital	X		Registros	
15	Controla y registra el proceso de esterilización	En el hospital	X		Registros	
16	El material esterilizado se almacena según norma	CE y en los servicios	X		Registros	Servicio de Central de Esterilización.
17	Mantiene en stock mínimo de insumos estériles	Almacén	X		Lista de stock	
18	Previene y controla el riesgo ocupacional	Barreras, inmunización	X		Manual de Procedimientos. Informes	
19	Reporta incidencia, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente	Inmediatamente	X		Reportes Registros de incidencias y Notificaciones	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° =	11	%=	100.0%
RESULTADOS						
20	El 100% de lotes entregados con garantía de esterilidad	En maniobras de riesgo	X		Registro de salida Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO			CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%
SUBTOTAL CENTRAL ESTERILIZACION			CUMPLIMIENTO: N° =	17	%=	85.0%

DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)						
ESTRUCTURA						
21	Cuenta con ambiente apropiado y materiales con proteccion personal	Ambiente ventilado o cabinas y barreras		X	Listado	En cada área donde realizan el DAN (diferentes servicios), cuentan con barreras protectoras y ambiente ventilado.
22	Cuenta con desinfectantes de alto nivel normados	Según CIH	X		Manual de Procedimientos	
23	Cuenta con los insumos de limpieza normados	Detergentes, enzimaticos, agua destilada, pistolas, recipientes y otros	X		Informes	
24	Cuenta con agua destilada esteril para el enjuague final	Agua destilada estéril de fabrica	X		Listado material	
25	Cuenta con los insumos de secado normados	Campos y compresas estériles para el secado Equipos de secado esteril	X		Listado stock	
26	Cuenta con un módulo de almacenamiento y conservación	Cabinas, contenedores y envoltorios	X		Informes	
27	Cuenta con personal profesional y técnico capacitado en Desinfeccion de Alto Nivel (DAN)	CE supervisa y controla los procesos DAN	X		Manual de Procedimientos Registros de procesos	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	6	%=	85.7%	
PROCESO						
28	Controla y registra el proceso DAN	El 100% del proceso	X		Informes	
29	Reporta incidentes a la autoridad correspondiente	Inmediatamente	X		Informes	
30	En servicios de endoscopia y hemodiálisis se controla el proceso	De rutina	X		Registros	
31	Los procesos cuentan con registros de calidad	En el 100%	X		Informes	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	4	%=	100.0%	
RESULTADOS						
32	Mejora continua en el ADN al menos en el 80% del Plan	En los servicios donde se realiza	X		Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%	
SUBTOTAL (DAN)		CUMPLIMIENTO: N° =	11	%=	91.7%	
TOTAL (CE) y (DAN)		CUMPLIMIENTO: N° =	28	%=	87.5%	

6-CENTRO QUIRURGICO (CQ)						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (ANEXO N° 6)	Zonificación de ambientes y zonas de riesgo	X		Norma	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	Asegurar la disponibilidad de agua	X		Informe	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para el 100% Lavado social Lavado clínico Lavado quirúrgico	X		Informe	
4	Cuenta con áreas e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Informe	
5	Cuenta con área de limpieza de utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Informes	
6	Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Informes	
7	Se controla profilaxis quirúrgica de acuerdo a norma	De manera sistemática y continua	X		Reporte Protocolo	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° = 7	%= 100.0%		
PROCESO						
8	Se cumple con medidas de prevención y control de IIH (especialmente lavado de manos, antisepsia de piel) y accidentes biológicos laborales (ABL)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
9	Cirujanos, residentes, internos, enfermeros y otros que cumplen medidas de prevención, control y ABL	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
10	Manejo de los RSH. Según norma (Anexo n° 3)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
11	Utilizan equipos e insumos esteriles de ventilación y anestesia por paciente	Circuitos de la maquina de anestesia, vacío, gases, ambu y otras	X		Informe	
12	Cumple con el programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, de gases y vacío	Tarjetas de último chequeo	X		Tarjetas Reportes	
13	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma	TBC, Hepatitis viral, VIH	X		Informe	
14	Uso de drenaje aspirativo en circuito cerrado y sacados de contrabertura	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe Manual de Procedimientos	
15	Se evita rizado. Si es pertinente se recorta el vello o rizado con técnica aseptica < 30min antes de la intervención	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
16	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas y pinchazos, se reporta a UEH para el seguimiento (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
17	Conocimiento de la incidencia de infección de herida operatoria y de acciones de prevención y control	Difusión mensual de resultados	X		Reportes Entrevista	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° = 10	%= 100.0%		
RESULTADOS						
18	El 100% de cirujanos cumple con las normas de lavado quirúrgico	Según línea de base		X	Norma	
19	Incremento porcentual del cumplimiento en el procedimiento de rizado o recorte de vello	Según línea de base		X	Plan	
20	Reducción porcentual de la incidencia de las infecciones más frecuentes	Según línea de base o metas establecidas en el Plan	X		Informe	
SUBTOTAL RESULTADO			CUMPLIMIENTO: N° = 1	%= 33.3%		
TOTAL CENTRO QUIRURGICO			CUMPLIMIENTO: N° = 18	%= 90.0%		

7- CENTRO OBSTETRICO (CO)						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 9)	Zonificación de ambiente y zonas de riesgo		X	Informe	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera sistemática y continua	X		Informe	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normado en las diferentes áreas	Insumos para el 100% del Lavado social, clínico y quirúrgico	X		Observacional	No contamos con caño con pedal o sensores
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua		X	Observacional	Se utiliza uno de los lavaderos dentro de SP
5	Cuenta con área de limpieza y utensilios limpiadores y desinfectantes normados	De manera sistemática y continua	X		Informe	
6	Cuenta con material e insumos para el manejo de RSH.	De manera sistemática y continua	X		Informe	
7	Los equipos e insumos de reanimación del neonato se manejan de acuerdo a normas de prevención y control de IIH	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	71.4%
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	X		Procedimientos	
9	Manejo de los Residuos Sólidos, según norma (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Manual de Procedimientos	
10	Durante el trabajo de parto no se realizan mas de 4 tactos vaginales	Cumple de manera sistemática y continua		X	Historia Clínica Partograma	
11	Cuenta con un programa de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos	Según especificaciones de equipos		X	Informe kardex de equipo	Tiene que ser elaborado por la Mantenimiento y servicios generales
12	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
13	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas punzocortantes y reporte de UEH para el seguimiento (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
14	Conocimiento de la incidencia de IHO, Endometritis y de acciones de prevención y control	Estadísticas del servicio	X		Informe	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	71.4%
RESULTADOS						
15	Incremento en un 50% de gestantes con no mas de 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto	Según línea de base		X	Historia Clínica Partograma	
16	Más del 90% del personal de CO cumple con las normas del lavado de manos (Anexo N° 8)	Según línea de base	X		Registro Informe	
17	Reducción porcentual de la incidencia de las IIH seleccionadas (Endometritis, IHO, otras)	Según línea de base	X		Registro Informe	
SUBTOTAL RESULTADO			CUMPLIMIENTO: N° =	2	%=	66.7%
TOTAL CENTRO OBSTÉTRICO			CUMPLIMIENTO: N° =	12	%=	70.6%

8- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) ADULTOS						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma		X		
2	Cuenta con recursos humanos en número suficiente para la atención	Según norma		X		Falta 01 Licenciada en Enfermería para cubrir el reemplazo del personal saliente por vacaciones
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera continua	X			
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico y quirúrgico	X			
5	Cuenta con área e insumos para descontraminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua	X			No es ambiente adecuado
6	Cuenta con área de limpieza y utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continua		X		
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica	Cuenta de manera sistemática y continua	X			
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente	Cuenta de manera sistemática y continua	X			
9	Cuenta 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 cantidad	X			
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no están con líquido, sino se utilizan de inmediato	Cumple de manera sistemática y continua	X			
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío	Cumple de manera sistemática y continua	X			
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	8	%=	72.7%	
PROCESO						
12	Utiliza formulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe Manual de Procedimientos	
13	Se maneja Uso Racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Informe Manuales	
14	Se maneja Residuos Sólidos según norma (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Reporte	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad	Circuitos, ambú, frascos de ventilación y humidificación	X		Informe	
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua		X	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	X		Informe	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados	X		Informe	
19	En caso de brotes o hiperendemia se toman medidas oportunas	Cumple de manera sistemática y continua	X		Reporte	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	7	%=	77.8%	
RESULTADOS						
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
21	Reducción del número de brotes de IIH	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
22	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos	Según línea de base	X		Informe	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL UCI ADULTOS		CUMPLIMIENTO: N° =	18	%=	78.3%	

9-HOSPITALIZACION MEDICINA						
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normadas en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico		X	Informe	Meses de febrero y marzo de 2016 sin jabón, en junio nos has restringido el 50% de proveido de papel. No contamos con dispensadores en las áreas de los baños de pacientes
2	Cuenta con area e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Informe	Falta infraestructura
3	Cuenta con área de limpieza utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Según norma		X	Informe	Falta infraestructura
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotuladas, con tapa y otras especificaciones	De manera sistemática	X		Directiva	
5	Cuenta con material e insumos para el manejo de RSH	De manera sistemática y continúa		X	Informe	Déficit en el proveido de contenedores para punzocortantes.
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	20.0%	
PROCESO						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	Según Manual de Procedimientos	X		Informe	
7	Se maneja uso racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Historia Clínica Protocolos	
8	Se manejan los RSH según norma (Anexo N° 3)	De manera sistemática y continúa	X		Informe	
9	En pacientes con infección de transmisión aérea se procede según norma	TBC, Varicela	X		Informe Manual de Procedimientos	
10	Se cumplen medidas de aislamiento según norma (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones		X	Norma	Infraestructura inadecuada para aislamiento
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad	Hepatitis virales, VHI	X		Informe Cartillas	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc y y de acciones de prevención y control	Medicos y enfermeras conocen	X		Informe	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	6	%=	85.7%	
RESULTADOS						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	De acuerdo al Plan	X		Informes Plan	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	De acuerdo al plan	X		Informes Plan	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de Practica Clínica	X		Informes. Historia Clínicas	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL HOSPITALIZACIÓN MEDICINA		CUMPLIMIENTO: N° =	10	%=	66.7%	

HOSPITALIZACION PEDIATRIA						
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normadas en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico		X	Informe	Falta de Insumos, clorhexidina
2	Cuenta con area e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Informe	Falta acondicionamiento
3	Cuenta con área de limpieza utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Según norma		X	Informe	Falta de Insumos
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotuladas, con tapa y otras especificaciones	De manera sistemática	X		Directiva	
5	Cuenta con material e insumos para el manejo de RSH	De manera sistemática y continúa	X		Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	2	%=	40.0%	
PROCESO						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	Según Manual de Procedimientos		X	Informe	
7	Se maneja uso racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Historia Clínica Protocolos	
8	Se manejan los RSH según norma (Anexo N° 3)	De manera sistemática y continúa	X		Informe	
9	En pacientes con infección de transmisión aérea se procede según norma	TBC, Varicela		X	Informe Manual de Procedimientos	Falta de Acondicionamiento
10	Se cumplen medidas de aislamiento según norma (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones	X		Norma	
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad	Hepatitis virales, VHI	X		Informe Cartillas	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc y de acciones de prevención y control	Medicos y enfermeras conocen	X		Informe	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	71.4%	
RESULTADOS						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	De acuerdo al Plan	X		Informes Plan	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	De acuerdo al plan	X		Informes Plan	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de Practica Clínica	X		Informes. Historia Clínicas	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA		CUMPLIMIENTO: N° =	10	%=	66.7%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PEDIATRICO						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma		X	Norma	El servicio esta en proceso de acondicionamiento
2	Cuenta con recursos humanos en numero suficiente para la atención	Según norma		X	Manual de Organización y Funciones, Informes	se esta completando con horas compensables
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera continua	X		Informe	
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico y quirúrgico	X		Informe	
5	Cuenta con área e insumos para descontraminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Informe	Falta acondicionamiento
6	Cuenta con area de limpieza y utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Informe	Falta de Acondicionamiento e insumos suficientes
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica	Cuenta de manera sistemática y continúa	X		Manuales Guías	
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Stock	Falta insumos Biomédicos
9	Cuenta con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con essquemas globales por pacientes	Los trámites burocráticos y otros no impedirán la atención de cantidad		X	Listado	Falta de medicamentos
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no estan con líquido, sino se utilizan de inmediato	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Informe Manual de Procedimientos	
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Reporte	Falta acondicionamiento de sistema al vacío
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	45.5%	
PROCESO						
12	Utiliza formulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Informe Manual de Procedimientos	
13	Se maneja Uso Racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Informe Manuales	
14	Se maneja Residuos Sólidos según norma (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Reporte	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad	Circuitos, ambú, frascos de ventilación y humidificación	X		Informe	Se alquilan ventiladores mecánicos.
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Informe	
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzo cortantes, se reporta a UEH (Anexo N°2)	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Informe	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados	X		Informe	
19	En caso de brotes o hiperendemias se toman medidas oportunas	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Reporte	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	8	%=	100.0%	
RESULTADOS						
20	Reduccion de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
21	Reducción del número de brotes de IIH	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
22	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos	Según línea de base	X		Informe	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL UCI PEDIÁTRICO		CUMPLIMIENTO: N° =	16	%=	72.7%	

HOSPITALIZACION NEONATOLOGIA						
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normadas en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico	X		Informes Plan	
2	Cuenta con area e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Informe	Falta acondicionamiento
3	Cuenta con área de limpieza utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Según norma	X		Informe	Falta acondicionamiento
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotuladas, con tapa y otras especificaciones	De manera sistemática	X		Directiva	
5	Cuenta con material e insumos para el manejo de RSH	De manera sistemática y continua	X		Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	100.0%	
PROCESO						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	Según Manual de Procedimientos	X		Informe	
7	Se maneja uso racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Historia Clínica Protocolos	
8	Se manejan los RSH según norma (Anexo N° 3)	De manera sistemática y continua	X		Informe	
9	En pacientes con infección de transmisión aérea se procede según norma	TBC, Varicela	X		Informe Manual de Procedimientos	
10	Se cumplen medidas de aislamiento según norma (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones		X	Norma	
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad	Hepatitis virales, VHI	X		Informe Cartillas	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc y de acciones de prevención y control	Medicos y enfermeras conocen	X		Informe	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	6	%=	85.7%	
RESULTADOS						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	De acuerdo al Plan	X		Informes Plan	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	De acuerdo al plan	X		Informes Plan	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de Practica Clínica	X		Informes. Historias Clínicas	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL HOSP. NEONATOLOGÍA		CUMPLIMIENTO: N°=	14	%=	93.3%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) NEONATAL						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma		X	Norma	El Servicio esta en proceso de acondicionamiento
2	Cuenta con recursos humanos en numero suficiente para la atención	Según norma		X	Manual de Organización y funciones. Informes	Se está completando con horas compensables
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera continua	X		Informe	
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico y quirúrgico		X	Informe	
5	Cuenta con área e insumos para desconstraminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua		X	Informe	Falta acondicionamiento
6	Cuenta con area de limpieza y utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continua		X	Informe	Falta acondicionamiento
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Manuales Guías	
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Stock	
9	Cuenta con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con esquemas globales por pacientes	Los trámites burocráticos y otros no impidan la atención de cantidad	X		Listado	
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no estan con líquido, sino se utilizan de inmediato	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe Manual de Procedimientos	
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío	Cumple de manera sistemática y continua		X	Reporte	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° = 5	%= 45.5%		
PROCESO						
12	Utiliza formulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe Manual de Procedimientos	
13	Se maneja Uso Racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Informe Manuales	
14	Se maneja Residuos Sólidos según norma (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Reporte	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad	Circuitos, ambú, frascos de ventilación y humidificación	X		Informe	No se Alquilan Ventiladores Mecánicos
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua		X	Informe	Por hacinamiento
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzo cortantes, se reporta a UEH (Anexo N°2)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados	X		Informe	
19	En caso de brotes o hiperendemia se toman medidas oportunas	Cumple de manera sistemática y continua	X		Reporte	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° = 7	%= 87.5%		
RESULTADOS						
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
21	Reducción del número de brotes de IIH	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
22	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos	Según línea de base	X		Informe	
SUBTOTAL RESULTADO			CUMPLIMIENTO: N° = 3	%= 100.0%		
TOTAL UCI NEONATAL			CUMPLIMIENTO: N° = 15	%= 68.2%		

**TABLA N° 2: Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias
2do TRIMESTRE 2016 - HHU**

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
			C	NC		
1.-COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS						
ESTRUCTURA						
1	El comité tiene Resolución Directoral (RD) actualizada	RD o su equivalente	X		RD N° RD N°059-2016	
2	Cuenta con un plan anual, aprobado por Resolución Directoral	Elaborado según NT 020 1er mes del año	X		Plan	
3	Los objetivos del Plan están incorporados en el PO institucional	Objetivos del Plan en POI	X		POI	
4	Dispone de la normatividad referida a Vigilancia, Prevención y Control de IIH (VPCde IIH)	Ejemplar accesible de cada documento	X		Normas IIH	
5	El CIH está presidido por el director del Hospital o su representante	RD.	X		RD, actas	
6	El CIH está compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas	Médico, Enfermera de VPC, representantes de Microbiología, Epidemiología y Calidad	X		Reglamento del CIH, libro de actas	
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo	Operativas, disponibles y suficientes		X	Informes Actas	
8	Miembros del CIH reciben capacitación en IIH	Por lo menos 3 miembros del comité, anualmente	X		Registro y/o informes de la capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	7	%=	87.5%	
PROCESO						
9	El CIH determina los daños y servicios que serán vigilados	Plan local Libro de actas	X		Plan local Libro de actas	
10	Registra reuniones en libro de actas, con control de acuerdos	100% de reuniones registradas	X		Libro de actas	
11	Analiza resultados de la VPC IIH y ABL y propone acciones correctivas	Evaluación al menos trimestralmente	X		Libro de actas Informe de la Dirección del hospital	
12	Analiza y difunde el mapa microbiológico a servicios asistenciales	Cada 6 meses		X	Cuaderno de cargos	
13	Promueve con la Oficina de Calidad la implementación de planes de mejora según problemas priorizados	Implementa por lo menos un PMCC al año	X		PMCC Informe de implementación	
14	Analiza informes de manejo de residuos sólidos hospitalarios y propone intervenciones	Trimestral	X		Libro de actas Informe de la Dirección del hospital	
15	Analiza informes sobre calidad del agua y propone intervenciones	Trimestral	X		Libro de actas Informe de la Dirección del hospital	
16	Evalúa y propone actividades oportunas de PC en caso de brotes e hiperendemias	En el 100% de casos	X		Informe a la Dirección del hospital	
17	Evalúa resultados de acciones de VPC IIH y los avances del Plan	Trimestral	X		Libro de actas, informes	
18	Con el Comité farmacológico implementa estrategias para el uso racional de ATM	CIH, participa en su implementación	X		Libro de actas, informes	
19	Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional	Según el caso		X	Libro de actas, informes	
20	Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros insumos para la VPC de las IIH y ABL	Especificaciones de los productos y políticas de uso de antimicrobianos	X		Informe Propuesta técnica de licitaciones	
21	Informa trimestralmente a la Dirección de los resultados, logros y dificultades	De acuerdo al Plan Anual	X		Informa a la Dirección del hospital	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	11	%=	84.6%	
RESULTADOS						
22	Cumplimiento de las metas señaladas en el Plan en no menos del 80%	De actividades programadas en el Plan	X		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 de las IIH	X		Informe anual	
24	El 90% del personal por lo menos cumple con el lavado de manos en áreas críticas	Según línea de base		X	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	X		Informe anual Lista de cotejo	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	75.0%	
TOTAL COMITE DE IIH		CUMPLIMIENTO: N° =	21	%=	84.0%	

2.- OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL					
EPIDEMIOLOGIA					
ESTRUCTURA					
1	Cuenta con la Oficina/Unidad de Epidemiología	ROF	X	ROF	
2	Cuenta con equipos de cómputo, correo electrónico e impresora	Operativos y disponibles	X	Lista verificación	
3	Cuenta con documentos, técnicos de VPC IIH (Anexo N° 1)	Ejemplar de cada documento	X	Normas disponibles	
4	Cuenta con profesionales necesarios y con funciones definidas	Epidemiólogo, Enfermera, Estadístico, otros	X	MOF CAP	
5	Cuenta con Enfermera para la VPC IIH	A tiempo completo (1/200 camas)	X	MOF CAP	La enfermera no esta dedicada a tiempo completo y exclusivo para la VPC IIH
6	En las acciones de VPC incorpora personal de los servicios	Al menos uno por servicios	X	Informes	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	6	%=	100.0%
PROCESO					
7	Investiga brotes e hiperendemias, comunica resultados a la Dirección, al Comité de IIH y al nivel intermedio	En 100% de los casos	X	Informes Reportes	
8	Vigila diaria y activamente las IIH en servicios seleccionados	En 100% de los casos	X	Reportes Formatos	
9	Revisa los resultados microbiológicos positivos de servicios seleccionados	Diariamente en el Laboratorio de Microbiología	X	Plan de actividades Informes	
10	Vigila y reporta los ABL	Vigilancia pasiva	X	Reportes	
11	Conduce los estudios de Prevalencia de IIH y otros relacionados	De acuerdo a Plan	X	Informes	
12	Participa en la vigilancia del URATM	De acuerdo a Plan	X	Informes	
13	El Epidemiólogo supervisa la vigilancia activa de la Enfermera	Semanalmente	X	Plan de actividades	
14	Capacita en VPC IIH y ABL en los servicios	Durante la supervisión	X	Plan de actividades.	
15	Informa a nivel intermedio resultados de la vigilancia y otros afines	Mensual y portunamente	X	Informes	
16	Informa al CIH y a la dirección las incidencias de IIH y ABL	Mensual y oportunamente	X	Informes	
17	Elabora tendencias de las incidencias de las IIH vigiladas	Con al menos 5 años de reportes	X	Informes de la vigilancia	
18	Analiza e informa sobre el comportamiento de la vigilancia de IIH	De acuerdo a línea basal y estándares	X	Informes	
19	Identifica y analiza con salud ocupacional, riesgos laborales y propicia control de los mismos	Especial atención a exposición a cortopunzantes y TBC	X	Reportes Informes	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	13	%=	100.0%
RESULTADOS					
20	Cunple las metas señaladas para la vigilancia de la IIH y ABL en el plan en no menos del 80%	De lo programado en el Plan	X	Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%
SUBTOTAL EPIDEMIOLOGÍA		CUMPLIMIENTO: N° =	20	%=	100.0%

SALUD AMBIENTAL						
ESTRUCTURA						
21	Cuenta con plan de manejo de RSH.(Anexo N° 3)	Plan anual	X		Plan	Se cuenta con Plan de Gestión de Residuos Sólidos
22	Cuenta con los insumos necesarios para cumplir sus funciones	Según especificaciones	X		Informes	Informe de desratización/Ficha de control/Requerimientos
23	Cuenta con los equipos para el acopio y transporte intermedio de los RSH	De acuerdo a requerimientos solicitados	X		Lista chequeo Informes	Requerimiento en los TDR del servicio de limpieza y desinfección
24	Dispone del personal capacitado de acuerdo a funciones	Ing. Ambiental o sanitario o Técnico sanitario	X		MOF. CAP. Informes de capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	4	%=	100.0%	
PROCESO						
25	Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en RSH	De acuerdo a la norma vigente	X		Reportes Informes	Ficha de evaluación de limpieza/Manejo de Residuos Sólidos
26	Controla puntos críticos de agua en C.Quirúrgico, C. Obstétrico, Central de Esterilización, UCI, Hemidialísis, otros		X		Fichas con firmas respectivas	Se cuenta con Reactivo DPD N° 01.
27	Realiza limpieza y desinfección de reservorios de agua	De acuerdo al plan de limpieza y a la norma	X		Informes	Limpiezasemestral incluido en TDRdel serv. De limpieza hospitalaria
28	Vigila y controla el manejo sanitario de los alimentos según normatividad vigente	Inspecciones periódicas al servicio de Nutrición		X	Informes	No se ha realizado, pero se ha coordinado con la DISA IV LE se realice la inspección.
29	Realiza el control de vectores de acuerdo a la norma	Programa de fumigación, desratización	X		Fichas e Informes	Ficha de intervención, fumigación y desratización
30	Con farmacia, supervisa manejo adecuado de productos y desinfectantes de uso general	Según el Plan		X	Informes	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	4	%=	66.7%	
RESULTADOS						
31	Cumple por lo menos el 80% de las metas señaladas en el plan de actividades	Actividades programadas	X		Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%	
SUBTOTAL SALUD AMBIENTAL		CUMPLIMIENTO: N° =	9	%=	81.8%	
TOTAL OF. DE EPID Y SALUD AMB		CUMPLIMIENTO: N° =	29	%=	93.5%	

3- LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA (LM) ANEXO N° 4						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con los criterios de infraestructura, según norma	De acuerdo a normatividad	X		Lista chequeo Informes	
2	Cuenta con equipos necesarios para el diagnóstico y antibiograma	Equipamiento mínimo apto para el uso	X		Registro de equipos y estado	
3	Dispone de insumos mínimos necesarios para diagnóstico y antibiograma	Listado de insumos mínimos	X		Listados	
4	Cuenta con insumos de protección del personal en cantidad suficiente	Guantes, respiradores, mandiles, lentes	X		Informes	
5	Cuenta con instrumentos para controlar temperaturas	Termómetro máximo y mínimo, registrador de temperatura	X		Registros	
6	Cuenta con los Manuales de Procedimientos	Por tipo de Procedimientos	X		MAPRO	
7	Formato de solicitud de exámenes de laboratorio para hospitalización, con la información necesaria para la ayuda al diagnóstico	En laboratorio de Microbiología >del 80% de formatos con información necesaria	X		Muestreo de un día > 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	X		Archivo de resultados	
9	Dispone de stock temporal para cepas posibles IIH con fines de verificación	Stock temporal 15 días	X		Listado Informes	
10	Cuenta con todas las cepas referenciales ATCC necesarias y viables	S. Aureus ATCC 25923, E.Coli ATCC 25922, E.Fecalis 29212, P.Aeruginosa 27853	X		Listado de stock	
11	Cuenta con recursos humanos necesarios	Profesionales, técnicos y auxiliares de microbiología	X		Manual de Organización y Funciones MOF Cuadro de Asignación de personal CAP Programacion	
12	El personal está capacitado de acuerdo a sus funciones	Cumple > del 70% del Plan Anual Capacitación	X		Plan de capacitación Informes	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° = 12	%= 100.0%		
PROCESO						
13	Almacena los insumos adecuadamente	según RMF. No se utilizan fuera del rango	X		Listado	
14	Realiza pruebas de diagnóstico de acuerdo al nivel de complejidad	Listado de pruebas mínimas	X		Registro de pruebas realizadas	
15	Utiliza sangre de camero en casos necesarios	Aislamiento primario y pruebas de identificación	X		Informes	
16	Realiza pruebas adicionales de resistencia, BLEE, MRSA,MLS Y VRE	Según criterios establecidos	X		Registro Reportes	
17	Emite oportunamente los resultados de acuerdo al tipo de muestra y análisis	Tiempos establecidos	X		Manual de Procedimientos	
18	Informa resultados de sensibilidad antimicrobiana al CIH, según muestras, microorganismos y servicios	De servicios predefinidos por CIH (semestral)	X		Reportes	
19	Utiliza software actualizado de VR ATM	Resultados oportunos	X		Reportes	
20	Realiza control de calidad de insumos de las pruebas para diagnóstico microbiológico	Medios de cultivo, reactivos, discos de sensibilidad ATM	X		Libro de registros	
21	Controla los medios y discos de sensibilidad antimicrobiana	Control de calidad al menos cada 15 días	X		Registros	
22	Cumple las Normas de Bioseguridad dispuestos en el laboratorio	Con buenas prácticas y barreras	X		Manual Bioseguridad	
23	Controla y registra la temperatura de estufas, refrigeradora y congeladora	A primera hora y a la salida (diario)	X		Registros	
24	Participa del programa de evaluación externa del laboratorio de Referencia Regional	Anual	X		Informes	
25	Coordina con servicios para optimizar desempeño en calidad de muestras, llenados de órdenes e interpretación de los resultados	Semestral	X		Plan de actividades	
26	No informa de rutina la sensibilidad a los antibióticos de uso restringido por el CIH y Comité Farmacológico	Responsabilidad compartida	X		Resultado de antibiogramas	
27	Estudia los brotes de IIH con orientación epidemiológica y envía cepas al Laboratorio de Referencia	Participa activamente	X		Informes Registros	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° = 15	%= 100.0%		
RESULTADOS						
28	Los resultados del programa de evaluación externa (PEED) son satisfactorios de acuerdo al nivel de complejidad del hospital	% de pruebas aceptables, concordancia de halos e interpretación	X		Informes	
29	La positividad de los hemocultivos convencionales debe ser > ó =10% y en los automatizados de > ó = 20%, la contaminación debe ser < ó = 3 a 5% respectivamente	Solo se mide en bacteriemias clínicas o septicemias	X		Informe anual de resultados	Cumple parcialmente La positividad de hemocultivos automatizados del 18%
SUBTOTAL RESULTADO			CUMPLIMIENTO: N° = 2	%= 100.0%		
TOTAL LAB. DE MICROBIOLOGIA			CUMPLIMIENTO: N° = 29	%= 100.0%		

4- FARMACIA (F)						
ESTRUCTURA						
1	Farmacia y los almacenes espeializados de medicamentos y otros productos farmacéuticos como necesarios para el hospital	Cumplimiento del manual de BPA (RM N° 585-99-SA/DM)		X	check list de buenas prácticas de almacenamiento.	No contamos con termohigrometros. No tenemos la indumentaria de bioseguridad de Cascos,Fajas,lentes.No tenemos área de almacenamiento acorde a la cantidad de productos a almacenar.
2	Cuenta con los ATM identificados como necesarios para el hospital	el 100% de ATM se encuentran en normastock	X		Listado de indicadores del almacén especializado de farmacia,antimicrobianos esenciales.	Normalmente son abastecidos por dares que a veces se ven retrazados en la entrega por retrazos en girar las ordenes de compra.
3	Los ATM no considerados en el petitorio nacional de medicamentos esenciales (PNME) vigentes disponibles en farmacia , son aprobados por Comité Farmacológico	El 100% de ATM no incluidos en PNME aprobados por comité Farmacológico	X		Listado aprobado por el comité farmacoterapeutico, anexo 1 , 2 y 3 . Evaluación de indicadores de stock	Cuando se vencen las actas de aprobación por el comité de vigencia de 01 año, los servicios no sustentan su uso hasta que se presenta 01 caso que lo amerita , viendose retrazada la compra e inicio dela terapia.
4	Dispone de antisépticos y sus diluciones según especificaciones del CIH y documentos técnicos farmacéuticos normativos	El 100% de antisépticos en norma stock	X		No se cuenta con indicadores de disponibilidad de antisepticos.	Solo contamos con Alcohol gel, Jabón líquido , clorhexidina 2%, NO tenemos stock de clorhexidina 4% , está en proceso de compra.
5	Dispone de hojas amarillas para notificación de reaccion adversa de medicamentos relacionadas con el uso de ATM	Disponible y suficientes en el 100% de los servicios	X		Reporte mensual de hojas amarillas enviadas a Digemid.	Se cumple ensu totalidad mensualmente, a cargo del área de dosis unitaria.
6	Dispone de documentos normativos actualizados	Visibles		X	Falta actualización de manuales de procedimientos de farmacia.	En proceso de actualización por los responsables de las áreas, no se puede culminar por la recarga de funciones asistenciales.
7	Cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados	Q. Farmaceutico, técnico y auxiliar		X	No contamos con reemplazo de la renuncia CAS de QF Clariza Ildelfonso, responsable del pabellón de infectología y miembro del plan piloto de farmacia clínica,no tenemos 01 tecnico de farmacia que cubra vacaciones o descansos médicos cuando amerita.	Normalmente no se pueden cumplir al 100% con nuestros procesos especificados en el mapra ya que tenemos que cubrir las funciones con elpersonal existente, recargando y estresando al personal.
8	Responsable del almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital	Almacen especializado cumple manual de BPA		X	No contamos con stock para la elaboración de antisepticos en su totalidad.	No tenemos clorhexidina al 2%
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	4	%=	50.0%	
PROCESO						
9	Supervisa y controla los medicamentos e insumos de su responsabilidad de uso en los servicios del hospital	Supervisión del 100% al menos 2 veces al mes	X		Hojas de devolución de medicamentos por dosis unitaria, pabellón de medicina , cirugía general, cirugía especialidades,pediatria, neonatologia, traumatologia. Estadistica delmonto valorizado por medicamentos y materialmédico devuelto.	En los pabellones sin dosis unitaria no se puede llevar el control de los productos farmacéuticos.
10	Controla la dispensacion de antibióticos de uso restringido (ATMR)	El 100% de ATMR dispensados con autorización del CIH a travez de medicos designados		X	No se cuenta con evaluación del comité antes el uso de Antibióticos de uso restringido.	
11	Controla los antisépticos y desinfectantes utilizados en le hospital	Cumple diretiva del SISMED tarjetas de control visibles	X		Mediante ficha mensual de de evaluación de soluciones tópicas y desinfectantes.	A cargo del servicio de farmacotecnia.
12	Responsable de la preparación de diluciones de los antisépticos y desinfectantes	Cumple con criterios tecnicos de preparacion de galénicos	X		Ficha técnica. Farmacopea	Ninguna
13	Responsable del expendio de antisépticos y desinfectantes	Cumple con el 100% de los requerimientos		X	Almacén de farmacia . Requerimiento mensual	Desabastecimiento de insumos
14	Realiza capacitaciones a nivel local	Por lo menos 6 capacitaciones anuales	X		Contamos con las listas de las capacitaciones firmadas por el personal . En el área de sosis unitaria todos losmiércoles se toman casos clínicos y ponencias de temas sobreuso de medicamentos y tratamiento.	
15	Desarrollo estudios de utilizacion de ATM, antisépticos y desinfectantes	Participa como minimo en estudio sobre ATM cada 2 años		X	No se realizan estudios.	No contamos con personal para realizar estudios de ATM,por las labores administrativas y asistencial que cumple cada Químico Farmacéutico.
16	Responsable de elaboración de las fórmulas estériles: Nutrición parenteral (NPT) y mezclas intravenosas	El 100% de las formulas elaboradas según normas	X		Consenso lat. De preparaciones de mezclas parenterales. Documentos enviados a Jefatura de farmacia "Mejoras del ambiente de farmacotecnia"	Según Buenas Prácticas de elaboración. En cuanto a infraestructura no se cumple por falta de recursos como aire acondicionado,pozos de lavadero, etc.
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	62.5%	
RESULTADOS						
17	Cumple metas programadas para farmacia en VPC IIH en no menos del 80%	Del plan	X		Informe mensual enviado a calidad , de estadistica, atenciones, indicadores de calidad.	Se cumple con las actividades existentes mas no podemos implementar por falta de recursos humanos e infraestructura.
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%	
TOTAL LAB. DE MICROBIOLOGIA		CUMPLIMIENTO: N° =	10	%=	58.8%	

5-CENTRAL DE ESTERILIZACION (CE) Y DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)						
CENTRAL DE ESTERILIZACION (CE)						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma	Area roja, verde y azul		X	Lista de chequeo	Expediente N° 14-027949-001 del 04/08/14 se hizo ampliación de área nueva azul (11/2014). Pendiente la remodelación de área Roja, Azul, Verde de C.E.
2	Dispone de equipos e insumos de limpieza y descontaminación recomendadas	Detergente, agua blanda y destilada, hisopos, pistolas, otros		X	Manual de procedimientos	Se cuenta con Detergente Enzimático, isopos, equipo de ATP por bioluminiscencia.
3	Cuenta con equipos e insumos de secado recomendados	Aire comprimido, pistolas, secadores		X	Manual de Procedimientos	Con Informe N° 041-SECE-HNHU-L-2014, se solicitó equipo de cámara de secado de tubos y material, se cuenta con secadores de tela.
4	Cuenta con los empaques recomendados	Papel grado médico corrugado, etc	X		Manual de procedimientos	
5	Dispone de quipos esterilizadores operativos y validados	Autoclaves, hornos con ventilador y cámara de baja temperatura con registros de verificación de procesos	X		Documento de auditoría y certificación Registro de apto	
6	Cuenta con controles físicos, químicos y biológicos necesarios y normativos	Controles validados y certificados	X		Registros	
7	Cuenta con un programa efectivo de mantenimiento de equipos	Cronograma normado	X		Registro de mantenimiento	
8	Cuenta con personal capacitado para realizar las funciones	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril	X		Manual de Organización y funciones Constancia de capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	62.5%
PROCESO						
9	La jefatura de CE conduce, controla, supervisa y registra todas las etapas del proceso de esterilización en el hospital	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril	X		Manual de Organización y funciones. Manual de procedimientos	
10	Participa activamente en las especificaciones técnicas para compra de materiales e insumos de servicios	Define especificaciones técnicas	X		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	X		Certificado de proveedor	
12	Controla y registra los procesos de limpieza y descontaminación	En el hospital	X		Registros	
13	Controla y registra los procesos de secado	En el hospital	X		Registros	
14	Controla y registra los procesos de empaquetado	En el hospital	X		Registros	
15	Controla y registra el proceso de esterilización	En el hospital	X		Registros	
16	El material esterilizado se almacena según norma	CE y en los servicios	X		Registros	Servicio de Central de Esterilización.
17	Mantiene en stock mínimo de insumos esteriles	Almacén	X		Lista de stock	
18	Previene y controla el riesgo ocupacional	Barreras, inmunización	X		Manual de Procedimientos. Informes	
19	Reporta incidencia, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente	Inmediatamente	X		Reportes Registros de incidencias y Notificaciones	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° =	11	%=	100.0%
RESULTADOS						
20	El 100% de lotes entregados con garantía de esterilidad	En maniobras de riesgo	X		Registro de salida Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO			CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	100.0%
SUBTOTAL CENTRAL ESTERILIZACION			CUMPLIMIENTO: N° =	17	%=	85.0%

DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)						
ESTRUCTURA						
21	Cuenta con ambiente apropiado y materiales con proteccion personal	Ambiente ventilado o cabinas y barreras		X	Listado	En cada área donde realizan el DAN (diferentes servicios), cuentan con barreras protectoras y ambiente ventilado.
22	Cuenta con desinfectantes de alto nivel normados	Según CIH	X		Manual de Procedimientos	
23	Cuenta con los insumos de limpieza normados	Detergentes, enzimaticos, agua destilada, pistolas, recipientes y otros	X		Informes	
24	Cuenta con agua destilada esteril para el enjuague final	Agua destilada esteril de fabrica	X		Listado material	
25	Cuenta con los insumos de secado normados	Campos y compresas esteriles para el secado Equipos de secado esteril	X		Listado stock	
26	Cuenta con un módulo de almacenamiento y conservación	Cabinas, contenedores y envoltorios	X		Informes	
27	Cuenta con personal profesional y técnico capacitado en Desinfeccion de Alto Nivel (DAN)	CE supervisa y controla los procesos DAN	X		Manual de Procedimientos Registros de procesos	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° = 6	% = 85.7%		
PROCESO						
28	Controla y registra el proceso DAN	El 100% del proceso	X		Informes	
29	Reporta incidentes a la autoridad correspondiente	Inmediatamente	X		Informes	
30	En servicios de endoscopia y hemodiálisis se controla el proceso	De rutina	X		Registros	
31	Los procesos cuentan con registros de calidad	En el 100%	X		Informes	
SUBTOTAL PROCESO			CUMPLIMIENTO: N° = 4	% = 100.0%		
RESULTADOS						
32	Mejora continua en el ADN al menos en el 80% del Plan	En los servicios donde se realiza	X		Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO			CUMPLIMIENTO: N° = 1	% = 100.0%		
SUBTOTAL (DAN)			CUMPLIMIENTO: N° = 11	% = 91.7%		
TOTAL (CE) y (DAN)			CUMPLIMIENTO: N° = 28	% = 87.5%		

6-CENTRO QUIRURGICO (CQ)						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (ANEXO N° 6)	Zonificación de ambientes y zonas de riesgo	X		Norma	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	Asegurar la disponibilidad de agua	X		Informe	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para el 100% Lavado social Lavado clínico Lavado quirúrgico	X		Informe	
4	Cuenta con áreas e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Informe	
5	Cuenta con área de limpieza de utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Informes	
6	Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Informes	
7	Se controla profilaxis quirúrgica de acuerdo a norma	De manera sistemática y continua	X		Reporte Protocolo	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	7	%=	100.0%	
PROCESO						
8	Se cumple con medidas de prevención y control de IHH (especialmente lavado de manos, antisepsia de piel) y accidentes biológicos laborales (ABL)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
9	Cirujanos, residentes, internos, enfermeros y otros que cumplen medidas de prevención, control y ABL	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
10	Manejo de los RSH. Según norma (Anexo n° 3)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
11	Utilizan equipos e insumos esteriles de ventilación y anestesia por paciente	Circuitos de la maquina de anestesia, vacío, gases, ambu y otras	X		Informe	
12	Cumple con el programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, de gases y vacío	Tarjetas de último chequeo	X		Tarjetas Reportes	
13	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma	TBC, Hepatitis viral, VIH	X		Informe	
14	Uso de drenaje aspirativo en circuito cerrado y sacados de contrabertura	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe Manual de Procedimientos	
15	Se evita rizado. Si es pertinente se recorta el vello o rizado con técnica aseptica < 30min antes de la intervención	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
16	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas y pinchazos, se reporta a UEH para el seguimiento (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
17	Conocimiento de la incidencia de infección de herida operatoria y de acciones de prevención y control	Difusión mensual de resultados	X		Reportes Entrevista	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	10	%=	100.0%	
RESULTADOS						
18	El 100% de cirujanos cumple con las normas de lavado quirúrgico	Según línea de base		X	Norma	
19	Incremento porcentual del cumplimiento en el procedimiento de rizado o recorte de vello	Según línea de base		X	Plan	
20	Reducción porcentual de la incidencia de las infecciones más frecuentes	Según línea de base o metas establecidas en el Plan	X		Informe	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	33.3%	
TOTAL CENTRO QUIRURGICO		CUMPLIMIENTO: N° =	18	%=	90.0%	

7- CENTRO OBSTETRICO (CO)						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma Anexo N° 9)	Zonificación de ambiente y zonas de riesgo		X	Informe	
2	Dispone de agua potable corriente las 24horas	De manera sistemática y continua	X		Informe	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normado en las diferentes areas	Insumos para el 100% del Lavado social, clínico y quirúrgico	X		Observacional	No contamos con caño con pedal o sensores
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua		X	Observacional	Se utiliza uno de los lavaderos dentro de SP
5	Cuenta con area de limpieza y utensilios limpiadores y desinfectantes normados	De manera sistemática y continua	X		Informe	
6	Cuenta con material e insumos para el manejo de RSH.	De manera sistemática y continua	X		Informe	
7	Los equipos e insumos de reanimación del neonato se manejan de acuerdo a normas de prevencion y control de IIH	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	71.4%	
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	X		Procedimientos	
9	Manejo de los ResiduosSólidos, según norma (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Manual de Procedimientos	
10	Durante el trabajo de parto no se realizan mas de 4 tactos vaginales	Cumple de manera sistemática y continua		X	Historia Clínica Partograma	
11	Cuenta con un programa de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos	Según especificaciones de equipos		X	Informe kardex de equipo	Tiene que ser elaborado por la Mantenimiento y servicios generales
12	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
13	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas punzocortantes y reporte de UEH para el seguimiento (Anexo N ° 2)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
14	Conocimiento de la incidencia de IHO, Endometritis y de acciones de prevención y control	Estadísticas del servicio	X		Informe	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	71.4%	
RESULTADOS						
15	Incremento en un 50% de gestantes con no mas de 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto	Según línea de base		X	Historia Clínica Partograma	
16	Mas del 90% del personal de CO cumple con las normas del lavado de manos (Anexo N° 8)	Según línea de base	X		Registro Informe	
17	Reducción porcentual de la incidencia de las IIH seleccionadas (Endometritis, IHO, otras)	Según línea de base	X		Registro Informe	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	2	%=	66.7%	
TOTAL CENTRO OBSTÉTRICO		CUMPLIMIENTO: N°=	12	%=	70.6%	

8- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) ADULTOS						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma		X		
2	Cuenta con recursos humanos en número suficiente para la atención	Según norma		X		Falta 01 Licenciada en Enfermería para cubrir el reemplazo del personal saliente por vacaciones
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera continua	X			
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico y quirúrgico	X			
5	Cuenta con área e insumos para desconaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua	X			No es ambiente adecuado
6	Cuenta con área de limpieza y utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continua		X		
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica	Cuenta de manera sistemática y continua	X			
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente	Cuenta de manera sistemática y continua	X			
9	Cuenta 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 cantidad	X			
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no están con líquido, sino se utilizan de inmediato	Cumple de manera sistemática y continua	X			
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío	Cumple de manera sistemática y continua	X			
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	8	%=	72.7%	
PROCESO						
12	Utiliza formulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe Manual de Procedimientos	
13	Se maneja Uso Racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Informe Manuales	
14	Se maneja Residuos Sólidos según norma (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Reporte	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad	Circuitos, ambú, frascos de ventilación y humidificación	X		Informe	
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua		X	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	X		Informe	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados	X		Informe	
19	En caso de brotes o hiperendemia se toman medidas oportunas	Cumple de manera sistemática y continua	X		Reporte	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	7	%=	77.8%	
RESULTADOS						
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
21	Reducción del número de brotes de IIH	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
22	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos	Según línea de base	X		Informe	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL UCI ADULTOS		CUMPLIMIENTO: N° =	18	%=	78.3%	

9-HOSPITALIZACION MEDICINA						
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normadas en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico		X	Informe	Meses de febrero y marzo de 2016 sin jabón, en junio nos has restringido el 50% de probeido de papel. No contamos con dispensadores en las áreas de los baños de pacientes
2	Cuenta con area e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Informe	Falta infraestructura
3	Cuenta con área de limpieza utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Según norma		X	Informe	Falta infraestructura
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotuladas, con tapa y otras especificaciones	De manera sistemática	X		Directiva	
5	Cuenta con material e insumos para el manejo de RSH	De manera sistemática y continúa		X	Informe	Déficit en el probeido de contenedores para punzocortantes.
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	1	%=	20.0%	
PROCESO						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	Según Manual de Procedimientos	X		Informe	
7	Se maneja uso racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Historia Clínica Protocolos	
8	Se manejan los RSH según norma (Anexo N° 3)	De manera sistemática y continúa	X		Informe	
9	En pacientes con infección de transmisión aérea se procede según norma	TBC, Varicela	X		Informe Manual de Procedimientos	
10	Se cumplen medidas de aislamiento según norma (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones		X	Norma	Infraestructura inadecuada para aislamiento
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad	Hepatitis virales, VHI	X		Informe Cartillas	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc y de acciones de prevención y control	Medicos y enfermeras conocen	X		Informe	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	6	%=	85.7%	
RESULTADOS						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	De acuerdo al Plan	X		Informes Plan	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	De acuerdo al plan	X		Informes Plan	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de Practica Clínica	X		Informes. Historia Clínicas	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL HOSPITALIZACIÓN MEDICINA		CUMPLIMIENTO: N° =	10	%=	66.7%	

HOSPITALIZACION PEDIATRIA						
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normadas en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico		X	Informe	Falta de Insumos, clorhexidina
2	Cuenta con area e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Informe	Falta acondicionamiento
3	Cuenta con área de limpieza utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Según norma		X	Informe	Falta de Insumos
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotuladas, con tapa y otras especificaciones	De manera sistemática	X		Directiva	
5	Cuenta con material e insumos para el manejo de RSH	De manera sistemática y continúa	X		Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	2	%=	40.0%	
PROCESO						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	Según Manual de Procedimientos		X	Informe	
7	Se maneja uso racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Historia Clínica Protocolos	
8	Se manejan los RSH según norma (Anexo N° 3)	De manera sistemática y continúa	X		Informe	
9	En pacientes con infección de transmisión aérea se procede según norma	TBC, Varicela		X	Informe Manual de Procedimientos	Falta de Acondicionamiento
10	Se cumplen medidas de aislamiento según norma (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones	X		Norma	
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad	Hepatitis virales, VHI	X		Informe Cartillas	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc y y de acciones de prevención y control	Medicos y enfermeras conocen	X		Informe	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	71.4%	
RESULTADOS						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	De acuerdo al Plan	X		Informes Plan	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	De acuerdo al plan	X		Informes Plan	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de Practica Clínica	X		Informes. Historia Clínicas	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA		CUMPLIMIENTO: N°=	10	%=	66.7%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PEDIATRICO						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma		X	Norma	El servicio esta en proceso de acondicionamiento
2	Cuenta con recursos humanos en numero suficiente para la atención	Según norma		X	Manual de Organización y Funciones, Informes	se esta completando con horas compensables
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera continua	X		Informe	
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico y quirúrgico	X		Informe	
5	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Informe	Falta acondicionamiento
6	Cuenta con area de limpieza y utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Informe	Falta de Acondicionamiento e insumos suficientes
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica	Cuenta de manera sistemática y continúa	X		Manuales Guías	
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente	Cuenta de manera sistemática y continúa		X	Stock	Falta insumos Biomédicos
9	Cuenta con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con essquemas globales por pacientes	Los trámites burocráticos y otros no impidirán la atención de cantidad		X	Listado	Falta de medicamentos
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no estan con líquido, sino se utilizan de inmediato	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Informe Manual de Procedimientos	
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Reporte	Falta acondicionamiento de sistema al vacío
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	45.5%	
PROCESO						
12	Utiliza formulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Informe Manual de Procedimientos	
13	Se maneja Uso Racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Informe Manuales	
14	Se maneja Residuos Sólidos según norma (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Reporte	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad	Circuitos, ambú, frascos de ventilación y humidificación	X		Informe	Se alquilan ventiladores mecánicos.
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Informe	
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzo cortantes, se reporta a UEH (Anexo N°2)	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Informe	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados	X		Informe	
19	En caso de brotes o hiperendemia se toman medidas oportunas	Cumple de manera sistemática y continúa	X		Reporte	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	8	%=	100.0%	
RESULTADOS						
20	Reduccion de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
21	Reducción del número de brotes de IIH	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
22	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos	Según línea de base	X		Informe	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL UCI PEDIÁTRICO		CUMPLIMIENTO: N° =	16	%=	72.7%	

HOSPITALIZACION NEONATOLOGIA						
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normadas en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico	X		Informes Plan	
2	Cuenta con area e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continúa	X		Informe	Falta acondicionamiento
3	Cuenta con área de limpieza utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Según norma	X		Informe	Falta acondicionamiento
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotuladas, con tapa y otras especificaciones	De manera sistemática	X		Directiva	
5	Cuenta con material e insumos para el manejo de RSH	De manera sistemática y continúa	X		Informe	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	100.0%	
PROCESO						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	Según Manual de Procedimientos	X		Informe	
7	Se maneja uso racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Historia Clínica Protocolos	
8	Se manejan los RSH según norma (Anexo N° 3)	De manera sistemática y continúa	X		Informe	
9	En pacientes con infección de transmisión aérea se procede según norma	TBC, Varicela	X		Informe Manual de Procedimientos	
10	Se cumplen medidas de aislamiento según norma (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones		X	Norma	
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad	Hepatitis virales, VHI	X		Informe Cartillas	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc y de acciones de prevención y control	Medicos y enfermeras conocen	X		Informe	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	6	%=	85.7%	
RESULTADOS						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	De acuerdo al Plan	X		Informes Plan	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	De acuerdo al plan	X		Informes Plan	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de Practica Clínica	X		Informes. Historias Clínicas	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL HOSP. NEONATOLOGÍA		CUMPLIMIENTO: N°=	14	%=	93.3%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) NEONATAL						
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma		X	Norma	El Servicio esta en proceso de acondicionamiento
2	Cuenta con recursos humanos en numero suficiente para la atención	Según norma		X	Manual de Organización y funciones. Informes	Se está completando con horas compensables
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas	De manera continua	X		Informe	
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	Insumos para 100% Lavado social, clínico y quirúrgico		X	Informe	
5	Cuenta con área e insumos para desconstraminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua		X	Informe	Falta acondicionamiento
6	Cuenta con area de limpieza y utensilios limpiadores y desinfectantes normados	Cuenta de manera sistemática y continua		X	Informe	Falta acondicionamiento
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Manuales Guías	
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente	Cuenta de manera sistemática y continua	X		Stock	
9	Cuenta 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 cantidad	X		Listado	
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no estan con líquido, sino se utilizan de inmediato	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe Manual de Procedimientos	
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío	Cumple de manera sistemática y continua		X	Reporte	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	5	%=	45.5%	
PROCESO						
12	Utiliza formulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe Manual de Procedimientos	
13	Se maneja Uso Racional de ATM	Según Manual de Procedimientos	X		Informe Manuales	
14	Se maneja Residuos Sólidos según norma (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Reporte	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad	Circuitos, ambú, frascos de ventilación y humidificación	X		Informe	No se Alquilan Ventiladores Mecánicos
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua		X	Informe	Por hacinamiento
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzo cortantes, se reporta a UEH (Anexo N°2)	Cumple de manera sistemática y continua	X		Informe	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados	X		Informe	
19	En caso de brotes o hiperendemia se toman medidas oportunas	Cumple de manera sistemática y continua	X		Reporte	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	7	%=	87.5%	
RESULTADOS						
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
21	Reducción del número de brotes de IIH	Según línea de base o metas del Plan Local	X		Informe	
22	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos	Según línea de base	X		Informe	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	3	%=	100.0%	
TOTAL UCI NEONATAL		CUMPLIMIENTO: N° =	15	%=	68.2%	

ANEXO N°3: RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON CATÉTERES VASCULARES

Introducción

Desde la Asamblea Mundial de la Salud en 2002, se reconoce la seguridad del paciente como un problema serio de salud pública, especialmente en los países en desarrollo, en los cuales el riesgo de infecciones intrahospitalarias es mayor. Como respuesta a este problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, haciendo énfasis en algunas actividades principales a saber, en el 2005 y 2006, “una atención limpia es una atención más segura”, en el 2007 y 2008 “la cirugía segura salva vidas”, en la que se incluye la importancia de la profilaxis antibiótica como un marcador de buena atención, y en el 2008 y 2009, “la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos”.

La incidencia de infecciones asociadas al cateterismo vascular varía dependiendo de factores del huésped, del catéter y la intensidad de la manipulación. Factores específicos descritos corresponden al material del catéter, ubicación, método de instalación, instalación electiva o de urgencia, número de lúmenes, duración de la cateterización y características del huésped (quemados, recién nacidos de muy bajo peso).

Es en este marco que el HNHU a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, orienta sus acciones para disminuir la magnitud de las IIH, mediante la Vigilancia Prevención y Control; en aquellos pacientes que tienen factores de riesgo y en aquellos que mediante los procesos están expuestos a contraer infecciones.

Objetivo

Reducir la incidencia de IIH tanto como sea posible, dada la población de pacientes específicos atendida, la presencia universal de microorganismos en el entorno humano y las limitaciones de las actuales estrategias y las tecnologías. Así como establecer un referente para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Definición

Es toda infección que se genera de la instalación y permanencia de una línea vascular, ya sea corta, larga, permanente ó transitoria, que puede manifestarse desde una infección localizada a nivel del punto de inserción hasta una sépsis.

Patogenia

Hay cuatro rutas reconocidas para la contaminación de los catéteres:

- 1) Migración de los microorganismos de la piel desde el lugar de la inserción a la marca cutánea del catéter y a lo largo de la superficie de éste con la colonización de la punta del catéter; ésta es la ruta más común de infección en los catéteres de corta duración.
- 2) Contaminación directa del catéter o del cono de éste por contacto con manos, líquidos o dispositivos contaminados.
- 3) La infección es menos frecuente cuando los catéteres pueden resultar colonizados por siembra hematógena desde otro foco de infección.
- 4) Raramente la contaminación del infundido podría causar una infección.

Son determinantes patógenos importantes:

- 1) El material del que está fabricado el dispositivo
- 2) Factores del huésped, consistentes en la unión de proteínas, como la fibrina y la Fibronectina, que forman una cubierta alrededor del catéter.
- 3) Factores de virulencia intrínseca del microorganismo infectante, incluyendo el polímero extracelular (EPS) producido por los microorganismos adherentes.
- 4) Algunos materiales del catéter también tienen irregularidades en su superficie que favorecen la adherencia microbiana de ciertas especies (p. ej., *S. epidermidis* y *C. albicans*). Estos catéteres son especialmente vulnerables a la colonización microbiana y la posterior infección.

Estrategias para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter vascular

1. Capacitar al personal en lo relacionado con las indicaciones para el uso de catéteres intravasculares, procedimientos adecuados para su inserción y aplicación de medidas adecuadas de control para prevenir las infecciones intrahospitalarias.
2. Seleccionar el lugar de inserción de los catéteres intravasculares, periféricos y de vía media.
3. Evitar el uso de agujas de acero (aguja mariposa, etc.) para la administración de líquidos y medicaciones que pudieran causar necrosis de los tejidos en caso de extravasación.
4. Evaluar el sitio de inserción del catéter diariamente.
5. Realizar la asepsia de la piel con antiséptico clorhexidina, yodopovidona, alcohol al 70%.
6. Quitar el catéter venoso periférico si el paciente presenta signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema y cordón venoso palpable), infección o mal funcionamiento del catéter.
7. Realizar la higiene de manos, cada vez que sea necesario, sobre todo para realizar un procedimiento.
8. Mantener la técnica aséptica para la inserción y el cuidado de catéteres intravasculares, periféricos y de vía media.
9. Utilizar guantes, durante la inserción del catéter.
10. Uso de barreras de protección máximas.
11. Anotar nombre del profesional, la fecha y hora de la inserción y retirada del catéter.
12. No usar catéter de nutrición parenteral para administrar otros fluidos.

Catéteres utilizados para acceso venoso y arterial

Tipo de catéter	Sitio de entrada	Longitud	Comentarios
Catéter venoso periférico	Normalmente se inserta en manos y antebrazos	< 7,6 cm.	Flebitis por uso prolongado; raras veces asociado a infección sanguínea
Catéter arterial periférico	Normalmente se inserta en la arteria radial; puede colocarse en la arteria femoral, axilar, braquial o tibial posterior	< 7,6 cm.	Bajo riesgo de infección; raras veces asociado a infección sanguínea

Catéter de vía media	Insertado vía fosa antecubital, en la arteria basilica proximal o vena cefálica; no entra en venas centrales, catéteres periféricos	7,6 a 20 cm.	Se han documentado reacciones anafilácticas con catéteres fabricados con hidrogel elastómero; menor tasa de flebitis que los catéteres periféricos cortos
Catéter venoso central no tunelizado	Inserción percutánea en venas centrales (subclavia, yugular interna o femoral)	≥ 8 cm. dependiendo del tamaño del paciente	Cuenta para la mayoría de las BRC
Catéter de arteria pulmonar	Insertadas a través de un introductor de teflón introducido en una vena central (subclavia, yugular o femoral)	≥ 30 cm. dependiendo del tamaño del paciente	Normalmente con heparina, tasas de BRC similares a las del CVC; se prefiere el sitio de la subclavia para reducir el riesgo de infección
Catéter venoso central insertado periféricamente (PICC)	Insertado en venas basilica, cefálica o braquial; entra en la vena cava	≥ 20 cm. dependiendo del tamaño del paciente	Bajas tasas de infección que los CVC no tunelizados
Catéter venoso central tunelizado	Implantado en las venas subclavia, yugular interna o femoral	≥ 8 cm. dependiendo del tamaño del paciente	El manguito inhibe la migración de microorganismos; menores tasa de infección que los CVC no tunelizados
Catéter totalmente implantable	Tunelizado bajo la piel con un puerto subcutáneo al que se accede con agujas; implantado en la vena subclavia o en la yugular interna	≥ 8 cm. dependiendo del tamaño del paciente	Bajo riesgo de BRC; mejora la imagen del paciente de sí mismo. No es necesario cuidado local del catéter; se requiere cirugía para su retirada
Catéter umbilical	Insertado en la arteria o la vena umbilicales	≤ 6 cm. dependiendo del tamaño del paciente	Riesgo de BRC similar con catéteres colocados en la vena o la arteria umbilicales

Criterios Médicos de Retiro:

1. Cuando cese la indicación médica para lo cual fue instalado.
2. Presencia de enrojecimiento o secreción en el sitio de inserción.
3. Paciente con fiebre cuyo hemocultivo cuantitativo de aspirado tenga recuento de colonias 5 veces más que el hemocultivo cuantitativo periférico ya que se considera infección de catéter.
4. Obstrucción del catéter.
5. Evidencia de deslizamiento.
6. Trasgresión en la norma de instalación y/o contaminación en la manipulación

Conclusión

Se concluye que toda Infección es prevenible, si se toman las medidas establecidas de Vigilancia, Prevención y Control según lo establecen las Normas Técnicas.