



Resolución Directoral

Lima, 19 de agosto del 2022

VISTO:

HEDT N° 22-13724-1 conteniendo Memorando N° 0470-OESA-INMP-2022, de fecha 08 de julio del 2022, del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, que anexa el "Plan de Supervisión Anual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud INMP 2022"; Informe N° 089-2022-OEPE-UFP/INMP de fecha 01 de agosto del 2022, de la Jefa de la Unidad Funcional de Planeamiento de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y Memorando N° 1139-2022-OEPE/INMP de fecha 02 de agosto de 2022 del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, e Informe N° 145-2022-OAJ/INMP de fecha 12 de agosto del 2022, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica.

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en sus numerales I, II, III, y VI establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público por lo que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, por lo que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por ser un derecho irrenunciable, por ello es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, con arreglo a principios de equidad;

Que, el artículo 77° y 79° de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que la autoridad de salud competente es responsable del control de las enfermedades transmisibles en el ámbito de su jurisdicción, y queda facultada a dictar medidas de prevención y control para evitar la aparición y propagación de enfermedades transmisibles. Todas las personas naturales o jurídicas, dentro del territorio, quedan obligadas al cumplimiento de dichas medidas, bajo sanción;

Que, el Art. 78° de la Ley N° 26842-Ley General de Salud, establece que la Autoridad de Salud es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes. Así mismo tiene la potestad de promover y coordinar con las personas e instituciones públicas o privadas la realización de actividades en el campo epidemiológico y sanitario;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 753-2004-MINSA, se aprobó la "Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V01 sobre control de infecciones intrahospitalarias, la misma que tiene como propósito: Contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios hospitalarios reduciendo el impacto negativo de las infecciones Intrahospitalarias, la misma que tiene como objetivo disminuir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias a nivel nacional y local y, reducir los costos asociados a dichas infecciones para los usuarios y los servicios de salud, entre otros; en ese sentido establece los procedimientos técnico-administrativos que permiten prevenir y controlar adecuadamente un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas, cuyo denominador común es el haber sido adquiridas en un establecimiento hospitalario;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 184-2009-MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE.V.01 "Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias", el cual tiene como finalidad contribuir a la vigilancia epidemiológica efectiva de las infecciones intrahospitalarias en los establecimientos de salud con internamiento a nivel nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA, se aprobó la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, que tiene por finalidad contribuir a la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), mediante la generación de información oportuna para la toma de decisiones;

Que, por Resolución Directoral N° 139-2022-DG-INMP/MINSA de fecha 24 de mayo del 2022, se Reconfirma el Comité de Prevención y Control de la Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) del año 2022 del Instituto Nacional Materno Perinatal";

Que, por Memorando N° 0470-OESA-INMP-2022, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, presenta el "Plan de Supervisión Anual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud INMP 2022"; y por Informe N° 089-2022-OEPE-UFP/INMP la Jefa de la Unidad Funcional de Planeamiento de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, opina que se apruebe y se emita el acto resolutivo correspondiente y mediante Memorando N° 1139-2022-OEPE/INMP el Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, señala que el Plan se ajusta a lo establecido en la normatividad vigente y que no demanda presupuesto para su implementación y se encuentra dentro de las actividades programadas en la meta presupuestal 0063-Vigilancia y Control de Epidemias;

Que, con la visación de la Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental; del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, en armonía con las facultades conferidas por Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y a la Resolución Ministerial N° 006-2022/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el "Plan de Supervisión Anual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-INMP 2022", que consta de veintinueve (29) páginas y se constituye en parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO: La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, es responsable de la ejecución del mencionado Plan y de emitir su informe a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional Materno Perinatal.

ARTICULO TERCERO: La Ejecución del referido Plan está supeditado a la disponibilidad presupuestal correspondiente.





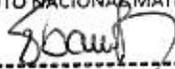
ARTICULO CUARTO: Dejar sin efecto todas aquellas disposiciones que se opongan a la presente resolución.

ARTICULO QUINTO: Disponer que el responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transparencia, publique la presente Resolución Directoral en el Portal Web de la Institución.

Regístrese y Comuníquese



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL


Mg. Félix Dasio Ayala Peralta
C.M.P. 19726 - R.N.E. 9170
DIRECTOR DE INSTITUTO



FDAP/JLCHR/Ohg

- Cc.
- Direcciones Ejecutivas
 - OESA

- OAJ
- OEPE

- Oficina de Estadística e Informática (Pub Web)
- Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
Materno Perinatal



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

2022



DIRECTORIO

FELIX DASIO AYALA PERALTA

Director General del Instituto Nacional Materno Perinatal

JUAN CARLOS TASAYCO SARAVIA

Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Apoyo de Especialidades Médicas y Servicios Complementarios

CÉSAR CARRANZA ASMAT

Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología

CARMEN ROSA DAVILA ALIAGA

Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología

LUIS MEZA SANTIBAÑEZ

Jefe de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

JULIO CHÁVEZ PITA

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

KELLY ZEVALLOS ESPINOZA

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

EQUIPO TÉCNICO

Abad Velásquez, Yoselin
Aquino Fernández, Anderson
Buitron Loly, Rosa Guizela
Chinga Chumpitaz, Sonia
Cisneros Arana, Anjhelly
Concha Huacoto, Anselmo
Méndez Agreda, Norma
Hernández Tapullima, Delquier
Huamán Iturrizaga, Mónica
Moreno Araujo, Julio
Pachas Yarlequé, Vania
Ponce Veneros, Lucila
Quispe Alosilla, Yolanda
Ramos Palomino, Elizabeth
Suárez Castillo, Emma
Torres Ramirez Erica
Yabar Calderón, Carmen Rosa
Villacorta Parco, Nathaly



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

BPD: Buenas Prácticas de Desempeño.

CPC-IAAS: Comité de Prevención y Control de las IAAS.

IHO: Infecciones de la herida operatoria.

ITS-Asoc. CVC y P: Infección del torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos centrales y periféricos permanentes ($\geq 72h$)

NAV: Neumonía asociada a ventilador mecánico.

PPC-IAAS: Plan de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

UCI: Unidades de Cuidados Críticos

UTI-Asoc. CUP: Infección urinaria asociada a catéteres urinarios permanentes ($\geq 72h$)



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

	Contenido	Pág.
	DIRECTORIO	2
	SIGLAS. ACRÓNIMOS	3
	ÍNDICE	4
I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	FINALIDAD	7
III.	OBJETIVOS	7
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
V.	BASE LEGAL	8
VI.	DESARROLLO DEL PLAN DE SUPERVISIÓN	9
VII.	MÉTODOS DE SUPERVISIÓN (GUÍAS DEL DESEMPEÑO)	10
VIII.	EVALUACIÓN DEL PLAN DE SUPERVISIÓN DEL DESEMPEÑO	14
IX.	BIBLIOGRAFÍA	15
X.	ANEXOS	16
ANEXO 1.	Lavado de manos higiénico	16
ANEXO 2.	Frotado de manos higiénico	17
ANEXO 3.	Lavado de manos clínico-antiséptico	18
ANEXO 4.	Frotado de las manos antiséptico	19
ANEXO 5.	Lavado de manos quirúrgico	20
ANEXO 6.	Prevención de endometritis	21
ANEXO 7.	Limpieza y protección personal	23
ANEXO 8.	Acceso vascular - sanguíneo	25
ANEXO 9.	Acceso a catéter umbilical	26
ANEXO 10.	Aspiración de secreciones	27
ANEXO 11.	Higiene e integridad de la piel del recién nacido	28
ANEXO 12.	Puesta de tubo endotraqueal	29

I. INTRODUCCIÓN

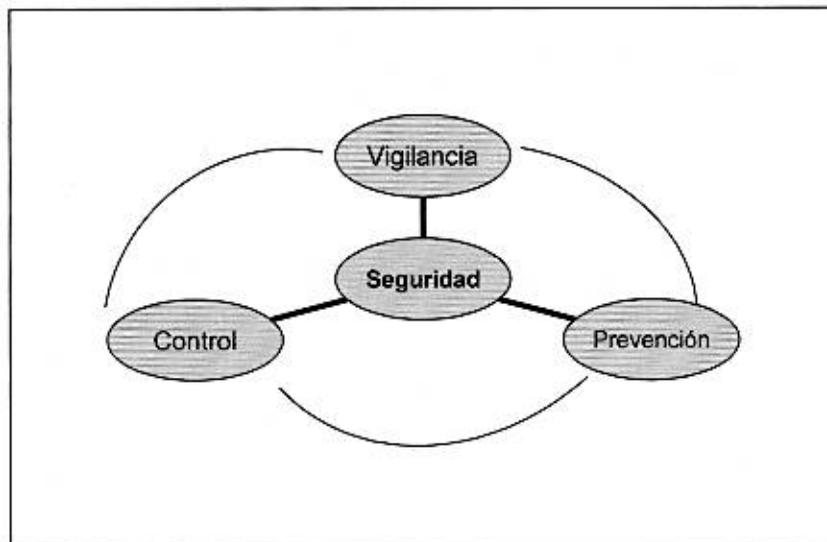
La supervisión de las Infecciones Hospitalarias está alineada con el Plan de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (PPC-IAAS), RD-N° 139-2022-DG-INMP/MINSA con fecha 24 de mayo de 2022.

Por supuesto y como no puede ser de otra forma, el Plan de Supervisión también está contenida de manera general en el PPC_IAAS y junto con el Plan de Capacitación conforman un trío de documentos que guían y facilitan el cumplimiento de las actividades que cooperan con la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud y aquellas que pudieran pertenecer a las adquiridas en la Comunidad pero que a menudo son causa de infecciones cruzadas, además ambas, las asociadas a la atención de la salud como las que se encuentran en pacientes hospitalizados pero adquiridas fuera de esta condición, comprometen y condicionan la resistencia antimicrobiana.

Los miembros del equipo multidisciplinario de Vigilancia, Prevención y Control de la Oficina de Epidemiología del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), comprometidos con las actividades de IAAS, trabajan para al menos mantener estas infecciones con tendencia a resultados de infecciones asociadas a dispositivos médicos y a procedimientos de riesgo, en los más bajos niveles endémicos.

La estrategia de contención de las Infecciones Hospitalarias a través de la vigilancia, prevención y control tiene la finalidad de apostar por la seguridad del paciente, del trabajador de la salud y del medio ambiente.

Figura N°1

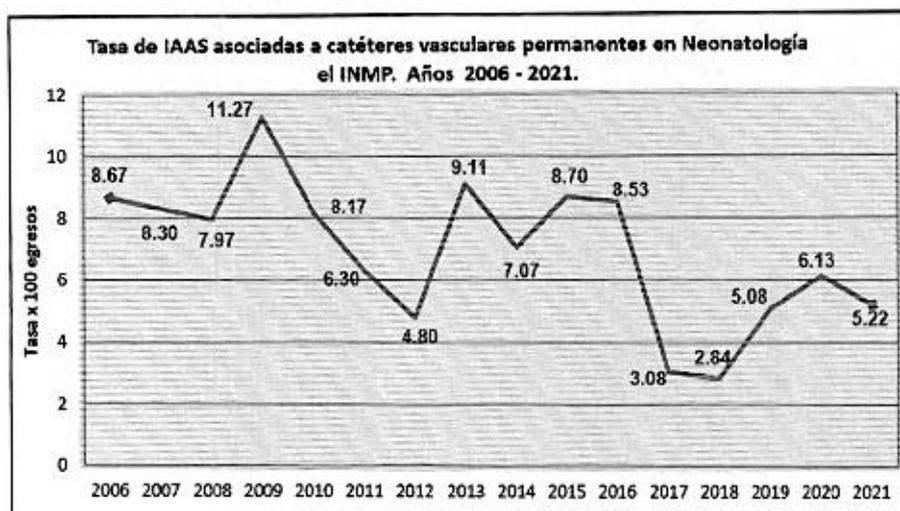


VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)

La vigilancia es una actividad de inteligencia, y si es activa, focalizada, selectiva y permanente, registra datos y genera tendencias que nos permite de un golpe de vista saber, analizar y tomar pautas para la prevención y el control.

En el siguiente gráfico se observa la curva de infecciones asociadas a catéteres vasculares durante más de 15 años, en los servicios de Cuidados Críticos e Intermedios de Neonatología del INMP.

PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD



Con independencia de tasas extremas de 11.27 y 3.08 x 100 egresos, en los últimos 5 años, la media es de 5.22 x 100 egresos. Inferior a los quinquenios anteriores. Si bien estas tasas de alrededor de cinco teóricamente pueden llegar a tasas cerca de cero en la reducción, con respecto a los dos quinquenios anteriores ha habido diferencias notables por las medias de la reducción.

Sabiendo que la estratificación de los datos clarifica la información, hay diferencias en la población y en los riesgos que no se observan en este gráfico. Sin embargo, a la luz de los conocimientos que datan del 2006, la llamada "tendencia Zero", podría lograrse a través del efecto bundle o conjunto de paquete de medidas.

La supervisión continua, focalizada y activa de los pacientes con catéteres vasculares permanentes, involucra de manera incisiva a las enfermeras y médicos asistentes quienes a través de las buenas prácticas de desempeño (BPD), son en gran medida los actores fundamentales de la reducción de estas infecciones. Toca al equipo del Comité de Prevención y Control de las IAAS, colaborar con los médicos y las enfermeras asistentes con la supervisión continua en los servicios y la capacitación de todos los involucrados, como gerentes, servicios y unidades de apoyo, así como con la experiencia adquirida en otros servicios de atención semejantes.

Durante el año pasado 2021 se presentaron un total de 213 casos de IAAS; de los cuales 131 casos se hallaron en el servicio de Neonatología con infecciones del torrente sanguíneo por catéteres vasculares permanentes (ITS asociadas CV permanentes), 75 casos en el servicio de Ginecobstetricia con 72 casos por de infección de la herida operatoria (IHO) y 3 casos de endometritis puerperal. (EDP) En la unidad de Terapia Intensiva Materna hubo 7 casos de NAV permanentes.

La mayoría de los casos identificados fueron las infecciones de torrente sanguíneo (ITS) Las infecciones fueron bacterianas y en las principales de ellas se identificó: *Staphylococcus ssp. coagulasa negativo*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella spp*, *Enterococcus spp.*, *Pseudomonas spp.* y *Echerichia coli*.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Prevención en Salud tiene cuatro aristas. Prevención primaria es el conjunto de medidas que aplicadas sirven para evitar que se produzcan daños. Prevención secundaria se refiere a la detección precoz, o sea al diagnóstico inmediato del daño que se ha producido. La terciaria es el control, o sea una vez hecho el diagnóstico, aunque sea presuntivo, aplicar medidas de monitoreo para la contención con el objetivo de minimizar los daños. La cuaternaria trata de la inserción social del paciente dañado y controlado de acuerdo con las capacidades físicas y mentales resultantes del daño.

Prevención

- 1- Colaborar para que no haya daños / TAREA DE TODOS
- 2 – Diagnóstico del daño / MÉDICO ASISTENTE
- 3 – Control para contención del daño / SUPERVISOR
- 4- Reinserción social por el daño / ACCIONES INTERSECTORIALES

El gran desarrollo de métodos diagnósticos, nuevas tecnologías y a veces cruentos pero eficaces tratamientos en las últimas décadas han contribuido a disminuir de forma significativa la morbilidad y mortalidad por enfermedades. Sin embargo y a causa de ello estas tecnologías que son cada vez más complejas, y tienen como contrapunto el aumento de accidentes, incidentes y eventos adversos (EA) relacionados con la atención de la salud. Los errores por eventos adversos asociados a factores de riesgo ocupan lugares importantes entre las causas de morbimortalidad de pacientes hospitalizados.

La seguridad de los pacientes se ha convertido en uno de los objetivos fundamentales en las políticas sanitarias y de calidad de los países con un sistema de salud que aspira a ser moderno. En este sentido, en octubre de 2004 se puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (SP) con el propósito de coordinar y difundir las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo³.

II. FINALIDAD

Mejorar la calidad de la atención a través de las buenas prácticas de desempeño en los pacientes con riesgo de adquirir infecciones en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud a favor de la Seguridad del Paciente, del Trabajador de la Salud y del Medio Ambiente en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disponer de las pautas y los instrumentos adecuados para realizar una serie de observaciones consecutivas y ordenadas que constituyen buenas prácticas de desempeño (BPD) y que debe seguir un evento para obtener resultados esperados a favor del paciente.
- Identificar las oportunidades de mejora para prevenir y controlar las IAAS.
- Socializar los hallazgos de los resultados obtenidos a través de los métodos de supervisión con los proveedores asistenciales, unidades de apoyo y gestores y proponer planes de mejora para aquellos que así lo ameriten.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Servicios y unidades estructurales y funcionales de asistencia médico-quirúrgica, de gestión y de apoyo. Proveedores y Usuarios.



V. BASE LEGAL

- a) Ley N°26842, Ley General de la Salud y sus modificatorias.
- b) Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales y sus modificatorias.
- c) Ley N°27657 Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- d) Decreto Supremo N°003-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29733. Ley de Protección de Datos Personales y su modificatoria.
- e) Decreto Legislativo N°1161-2013, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- f) Resolución Ministerial N°452-2003-SA-DM.que aprueba "Manual de Aislamiento Hospitalario".
- g) Resolución Ministerial N°452-2003-MINSA, que aprueba Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- h) Resolución Ministerial N°217-2004-MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°008-MINSA/DIGESA: "Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios".
- i) Resolución Ministerial N°753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- j) Resolución Ministerial N°179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°026/MINSA/DGE. Vol17 Estudio de Prevalencia IAA. Guía.
- k) Resolución Ministerial N°523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia y Control de Infecciones Intrahospitalarias
- l) Resolución Ministerial N°184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°021-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Infecciones Intrahospitalarias.
- m) Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
- n) Resolución Ministerial N°506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°046-MINSA/DGSP-V.03 que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Publica.
- o) Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba la Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Infecciones Asociadas a la Atención de Salud"
- p) Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica Para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- q) Resolución Ministerial N°523-2020/MINSA, que aprueba la Documento Técnico N°163-MINSA/2020/CDC "Norma Técnica de salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la atención de la Salud".
- r) Resolución Ministerial N°112-2021-MINSA que aprueba la Adquisición de insumos de laboratorio, equipos de protección personal y otros materiales para el estudio "Incidencia prevalencia y factores de riesgo asociados a la infección por virus SARS-COV-2 estudio poblacional en el Perú, 2020-2021"
- s) Resolución Ministerial. N°170-2022 que aprueba la Norma Técnica de Salud N°184-MINSA/DIGEMID-2022 para la implementación del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) a nivel hospitalario NTS.
- t) Resolución Directoral. N°139-2022-DG-INMP/MINSA, que aprueba la reconfiguración del Comité de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en el año 2022 del Instituto Nacional Materno Perinatal.



VI. DESARROLLO DEL PLAN DE SUPERVISIÓN

A lo largo de estos años se han desarrollado diversas herramientas que tienen como objetivo común mejorar la seguridad en la atención sanitaria a través de las buenas prácticas de desempeño (BPD) como son:

- Identificar pacientes vulnerables.
- Diseñar planes de información.
- Cumplimiento de todos los pasos del tratamiento preventivo de las manos del personal de atención directa a la salud.
- Asepsia y antisepsia en la colocación de dispositivos o ejercer procedimientos en la piel, mucosas y otros en los pacientes.
- Ejecutar planes Zero.
- Utilizar calculadoras de dosis.
- Prescripción electrónica.
- Rondas diarias.
- Listas de verificación o chequeo.
- Guías de Prácticas Clínicas.
- Sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos.

Es difícil discernir si alguna de estas herramientas es superior al resto en términos absolutos. Lo que sí está aceptado, desde la aparición del modelo del queso suizo de causalidad de los accidentes, es que de cuantos más filtros o barreras dispongamos, la posibilidad de fallos o de eventos adversos en el ámbito de la atención de la salud será menor.

Una de las herramientas de seguridad más conocidas y extendidas en todos los ámbitos laborales son las listas de verificación o listas de chequeo (LC). Su creación se remonta a 1935 cuando Las Fuerzas Aéreas de los EE. UU crearon una serie de pasos que eran necesarios comprobar previamente al despegue del avión Boeing-17, llamado "Fortaleza Volante". Se debe tener en cuenta que los desarrollos novedosos de la Ciencia de la Guerra o sea instrumentos para "matar", se constituyen como punto de partida para "curar" en las Ciencias Médicas.

El monitoreo de la prevención se realiza mediante la supervisión

Esta supervisión tiene necesariamente que ser hecha por personas capacitadas en los métodos y en el campo de aplicación y tiene un devenir que pasa por diferentes etapas y colaboradores expertos en los procesos a supervisar.

Quién supervisa:

- Personal entrenado en técnicas de monitoreo,
- Personal asistente con compromiso ético,
- Personal gerencial para apoyo logístico.

El CPC_IAAS del INMP cuenta con personal entrenado en técnicas de supervisión, con el apoyo invaluable de los médicos asistentes y gestores.

Las supervisiones son en esencia, no represivas y siempre capacitantes

Sin embargo, con el objetivo de un mejor planeamiento de la capacitación y del apoyo logístico a los profesionales y servicios, tienen las supervisiones en su esencia diversos métodos.

VII. MÉTODOS DE SUPERVISIÓN

7.1. Métodos directos (buenas prácticas de desempeño-BPD)

- Pautas de cotejo o supervisión con listas de verificación o de chequeo.
- Observación no estructurada y llenado de las listas posteriormente.

7.2. Métodos indirectos

- Revisión de documentos.
- Evaluación de consumos de materiales.
- Vigilancia del incidente crítico.
- Medición de la efectividad de la medida.
- Cultivos microbianos en superficies vivas e inertes.
- Otras que la tecnología de punta nos permita realizar para la verificación de eventos con aceptación de críticos o factores de riesgo con evidencia.

7.3. Buenas Prácticas de Desempeño. Listas de Chequeo (LC). Método Directo

a. ¿Qué son las listas de chequeo?

- ✓ Una serie de observaciones ordenadas que debe seguir un evento para que los resultados sean favorables.
- ✓ Se han consolidado en la comunidad clínica como una solución sencilla y barata para hacer frente a la cada vez mayor complejidad asistencial.

b. ¿Cuál es la finalidad de las listas de chequeo?

- ✓ Son métodos simples y eficaces para reducir el riesgo de error por distracciones o por exceso de confianza en tareas estandarizadas.
- ✓ Pretenden identificar los posibles efectos de cada observación en el contexto general del evento.
- ✓ En las circunstancias apropiadas, son herramientas que pueden ayudar a estandarizar la atención, mejorar la comunicación y la seguridad de los pacientes.

c. ¿Cuáles son los tipos más utilizados de listas de chequeo?

- ✓ Simples: con variables que en su sumatoria propone impacto.
- ✓ Cuestionarios: conjunto de preguntas de categoría genérica que propone seguridad.

d. ¿Cuáles son los contenidos de las listas de chequeo?

- ✓ Los más utilizados son ítems de estructura, proceso y resultados. Sin embargo, por la naturaleza de las listas predominan los ítems de estructura y procesos.

Estructura y desarrollo de las Líneas de Chequeo (Cotejo o Verificación): no existe una guía para que el desarrollo y el diseño de las LC sean efectivos. A veces se propone una organización alrededor de 5 etapas:

- ✓ Concepción
- ✓ Determinación de contenido y diseño
- ✓ Prueba y validación
- ✓ Inducción
- ✓ Capacitación e implementación
- ✓ Evaluación continua
- ✓ Revisión y posible retirada.
- ✓ La LC está diseñada generalmente en forma de preguntas que se responden de forma binaria (SÍ/NO), aunque pueden existir más de dos opciones de respuesta, siempre que sean cerradas.

PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

- El carácter cerrado de las respuestas es el que intenta proporcionar objetividad, aunque también se elimina información que podría ser útil, ya que no se recogen los matices o las singularidades. En estas preguntas se incluyen pasos críticos de un procedimiento o cuestiones relacionadas con la seguridad de los pacientes. Suelen tener un párrafo de texto para cada ítem, con una casilla adyacente para la respuesta. Una vez completada la tarea, la casilla se rellena con una marca de verificación. Es fundamental que el proceso de verificación lo dirija una persona. Por lo general quien marca las casillas es el personal de enfermería, aunque puede hacerlo cualquier clínico que participe en el procedimiento. Eso no significa que solo sea complementada por una sola persona. Se debe hacer una LC participativa, que involucre a todo el personal del procedimiento. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la LC con la máxima eficiencia, procurando completar todos los pasos. Debe disponerse de un apartado de observaciones con el fin de poder consignar información adicional si ha habido algún incidente.
- Puede ser útil reclutar a los líderes locales para que promuevan la intervención en el hospital y estimular a sus colegas para que participen. Previo a la puesta en marcha debería existir un programa o plan de capacitación o taller dirigido por los líderes de la implantación, hecho que ayuda a fomentar el espíritu de equipo. Es crucial que los líderes se tomen el tiempo de explicar cómo usar la LC y por qué se debe usar.
- Los talleres presenciales también permiten que el personal de diferentes hospitales comparta experiencias y se vea el proyecto, en caso de serlo como una misión conjunta.

En resumen, para el éxito de la implantación deberían destacarse la importancia del liderazgo comprometido, la adaptación local de la LC y su aceptación por los usuarios.

Barreras para la implementación

Adoptar una nueva herramienta en la práctica clínica es un desafío.

Algunos hospitales no han podido replicar los resultados de las LC de otros centros.

Existen varios factores que pueden influir en el éxito o el fracaso de una LC, que van desde las actitudes del personal, diseño deficiente, capacitación inadecuada, duplicación con otras listas de trabajo, barreras culturales o la forma en que los gestores presentan la herramienta. La falta de replicación también podría ser cuestión de cómo se diseñaron los ensayos iniciales o se hicieron los estudios de seguimiento.

La LC funciona siempre que esté bien implementada, aunque esto resulta mucho más complejo que el hecho de tener la LC en la mano.

La implementación no es solo un cambio técnico, sino un cambio de cultura o de organización.

La LC puede ser vista como otra iniciativa más impuesta desde la dirección, en vez de algo nuevo y atractivo de lo que disfrutar.

Habrà personal que incorporará su uso con rapidez, mientras que otros serán más reacios.

Puede existir renuencia de los profesionales por la sensación de que se puede reducir el arte de la medicina a una lista burocrática.

En este sentido, la responsabilidad de cada miembro del equipo durante la LC tiene un papel crucial.

Muchos profesionales no lo perciben como una herramienta importante para garantizar la seguridad del paciente mediante la comunicación y el trabajo en equipo y lo consideran un simple ejercicio de marcar casillas. Los profesionales a menudo no prestan atención a los ítems, se leen solo parte de ellos, o algún miembro del equipo está ausente durante la verificación. La jerarquía entre el personal también puede actuar como un obstáculo importante para la LC. Es posible que parte del personal médico no esté cómodo con el liderazgo de la enfermería, que es quien suele cumplimentar la LC. Inculcar la dinámica del equipo a través de una capacitación previa puede ayudar a superar esta barrera. El personal puede considerar la LC como una interrupción innecesaria del trabajo rutinario que, además, ocasiona un retraso, una carga adicional de trabajo o que es redundante con otras comprobaciones de seguridad. También se cuestiona si existe suficiente evidencia para respaldar su uso. Por otra parte, las LC muy exhaustivas o mal redactadas favorecen esta idea y dificultan su cumplimentación. Se ha demostrado que las LC no tienen un impacto significativo en la hora de inicio del procedimiento quirúrgico, por lo que se debe remarcar la importancia que tiene este "retraso" en la prevención de errores evitables. El personal contrario a las LC refiere que puede aumentar la ansiedad o la inquietud en un paciente despierto al escuchar el protocolo de la LC, especialmente si durante su cumplimentación se revelan deficiencias o se detectan fallos. Estos problemas se pueden prevenir al explicar al paciente la importancia de realizar la LC previa al procedimiento como medida para prevenir errores. El cierre de la LC es la barrera más grande en la implementación. La razón son los distintos tiempos de espera entre los profesionales. En ocasiones el cirujano o el clínico acaban su procedimiento mientras el personal de enfermería puede estar ocupado y para el anestesiólogo es el momento más crítico. Como resultado, los ítems sobre la recuperación y el manejo del paciente tras el procedimiento a menudo no se comentan en equipo.

e. ¿Ventajas de las listas de chequeo?

- ✓ Permiten estructurar las etapas de un evento.
- ✓ Comparan fácilmente diferentes alternativas.
- ✓ Aseguran que ningún factor sea omitido.
- ✓ Son una ayuda para mejorar la eficacia del trabajo en equipo, fomentar la comunicación y disminuir la variabilidad.
- ✓ Se utilizan en todos los ámbitos laborales y de forma rutinaria en nuestro día a día para asegurar el cumplimiento de los procedimientos y prevenir errores.
- ✓ **Simplicidad.** Las medidas más simples son las más fáciles de establecer. Los profesionales deben ser conscientes del riesgo de convertir una LC en un instrumento complejo, prolijo y difícil de utilizar.
- ✓ **Aplicabilidad en distintos ámbitos.** Es necesario adaptar las LC a las circunstancias de cada entorno clínico. Cada centro debe revisar las LC para acomodarla a la práctica local y generar sensación de propiedad, por lo que puede ser necesario modificar algunos ítems en función de las diferencias entre centros, siempre que se garantice el cumplimiento de las medidas de seguridad esenciales. Por ejemplo, la LC de objetivos diarios de una unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátricos no es válida.
- ✓ **Posibilidad de medición.** Una vez completadas, las LC sirven de registro y pueden ser revisadas posteriormente para establecer estudios comparativos o cuantitativos.
- ✓ **En el proyecto Bacteriemia Zero (BZ)** se proporciona a los hospitales información periódica sobre las tasas de bacteriemia primaria y relacionada con catéter, lo que, además crea un incentivo para mejorar.
- ✓ Las auditorías regulares ayudan a evaluar el progreso del plan o programa. Por un lado, deben evaluarse los resultados de la implantación de la LC y monitorizar periódicamente su cumplimiento. Al monitorizar el uso de la herramienta nos podemos encontrar con que el personal a menudo no la usa como debería.

- ✓ Un mayor cumplimiento de la LC se asocia con mejores resultados.
- ✓ Más importante es analizar los problemas, por nimios que parezcan.
- ✓ Los líderes de los hospitales deben conocer cómo se usan las LC. Se deben buscar soluciones a los problemas detectados con objeto de mejorar los procedimientos e informar a los profesionales. La retroalimentación obtenida puede ayudar al éxito del plan o programa.

f. ¿Desventajas de las listas de chequeo?

- ✓ No sirven de ayuda para prevenir las equivocaciones que surgen de la falta de experiencia, de capacitación o de supervisión.
- ✓ No permiten establecer prioridades en la lista.
- ✓ No son un instrumento normativo.
- ✓ No identifican resultados indirectos, probabilidades de ocurrencia ni riesgos asociados.
- ✓ No ofrecen indicadores sobre la ubicación de la falla en particular.
- ✓ Son lineales y limitadas para evaluar resultados individuales.
- ✓ Tienen diferentes algoritmos a las guías clínicas y protocolos de manejo; por lo tanto, no son útiles en todas las situaciones.
- ✓ La generalización de las LC y su falta de aplicabilidad en el propio servicio u hospital ocasionan rechazo.
- ✓ Cada entorno médico, con su diferente estructura, su flujo de trabajo y sus necesidades clínicas, requiere un diseño y un desarrollo diferentes.

7.4. Aplicaciones de las buenas prácticas del desempeño mediante listas de chequeo

Ejemplo: "PAUTAS / LISTA DE CHEQUEO EN CIRUGÍA"

Es la LC más conocida a nivel global. La Iniciativa "La cirugía segura salva vidas" fue creada por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007 para reducir las muertes de origen quirúrgico. La alianza de cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería y expertos en seguridad del paciente identificó 10 objetivos fundamentales de seguridad del acto quirúrgico:

- Identificación del paciente,
- Seguridad del acto anestésico,
- Cirugía correcta
- Sitio correcto,
- Información al paciente (consentimiento informado),
- Información entre el equipo de trabajo,
- Profilaxis antibiótica,
- Profilaxis antitrombótica,
- Identificación de muestras,
- Olvido de cuerpos extraños.

Estudio como resultado la LC de la seguridad de la cirugía.

La inclusión de cada medida de control en la LC está basada en evidencias clínicas u opiniones de expertos. Su objetivo es consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas. La LC divide la operación en tres fases: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica) y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que la persona encargada de rellenar la LC confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. La implantación de la LC en el quirófano ha demostrado en múltiples trabajos una reducción en la mortalidad y las complicaciones asociadas

PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

a la cirugía. Los trabajos de Haynes demostraron que la tasa de mortalidad y las complicaciones operatorias se redujeron de forma significativa después de la introducción de la LC en un grupo heterogéneo de hospitales, y que era factible disminuir aún más las tasas de mortalidad basándose en la implementación colaborativa y voluntaria de un programa de mejora de la LC quirúrgica. Su cumplimentación, aparte de disminuir la morbilidad de los pacientes y acreditar una buena praxis, puede aumentar la seguridad de los profesionales sanitarios. Es esperable que existan menos efectos adversos (EA) y menos reclamaciones.

7.5. Pautas del plan de supervisión a través de la evaluación del desempeño

- ✓ PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR LAVADO O FROTACIÓN DE MANOS
- ✓ PREVENCIÓN DE ENDOMETRITIS
- ✓ PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO
- ✓ PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE LA HERIDA OPERATORIA
- ✓ PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO
- ✓ PREVENCIÓN DE NEUMONIAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA
- ✓ PREVENCIÓN POR AISLAMIENTO
- ✓ PRECAUCIONES ESTANDAR

VIII. EVALUACIÓN DEL PLAN DE SUPERVISIÓN DEL DESEMPEÑO

SEMÁFORO		
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO: A. CRITERIO B. BPD	CRITERIO	BUENA PRACTICA DEL DESEMPEÑO
≥ 80 %		
79-50 %		
< 50 %		

CAPACITACIÓN DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

SEMÁFORO / CAPACITACIÓN		
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE CADA: A. CRITERIO	CRITERIO	BUENA PRACTICA DEL DESEMPEÑO
≥ 80 %	CAPACITACIÓN POR CPC-IAAS INFECCIONES TENDENCIA ZERO	CAPACITACIÓN POR CPC-IAAS INFECCIONES TENDENCIA ZERO
79-50 %	CAPACITACIÓN POR LÍDERES SERVICIO /UNIDAD/ CPC IAAS.	CAPACITACIÓN POR LÍDERES SERVICIO /UNIDAD/ CPC IAAS.
< 50 %	ANÁLISIS EN LOS SERVICIOS Y LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR PLANES DE MEJORA	ANÁLISIS EN LOS SERVICIOS Y LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR PLANES DE MEJORA

IX. BIBLIOGRAFÍA

- RD-N°139-2022-DG-INMP/MINSA, que aprueba El Plan de Prevención y Control de las IAAS con fecha 24 de mayo del 2022
- P. Pronovost, D. Needham, S. Berenholtz, D. Sinopoli, H. Chu, S. Cosgrove, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.*, 355 (2006), pp. 2725-2732
- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editores. *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academies Press; 1999.2
- OMS. Seguridad del Paciente. 2011. Disponible en: www.who.int/patientsafety.
- Reason J. Human error: Models and management. *BMJ.* 2000;320:768-703.
- Seguridad del Paciente. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Boeing_B-17_Flying_Fortress
- J. Boyd, G. Wu, H. Stelfox. The impact of checklists on inpatient safety outcomes: A systematic review of randomized controlled trials. *J Hosp Med.*, 12 (2017), pp. 675-682
- Burian BK, Clebone A, Dismukes K, Ruskin KJ. More than a tickbox: Medical checklist development, design, and use. *AnesthAnalg.* 2018; 126:223-32.5
- WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2009. WHO Guide-lines Approved by the Guidelines Review Committee
- Gillespie BM, Chaboyer W, Thalib L, John M, Fairweather N, Slater K. Effect of using a safety checklist on patient complications after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Anesthesiology.* 2014;120:1380---9.11
- Howell AM, Panesar SS, Burns EM, Donaldson LJ, Darzi A. Reducing the burden of surgical harm: A systematic review of the interventions used to reduce adverse events in surgery. *AnnSurg.* 2014;259:630---41.12.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360:491---9.13
- Haynes AB, Edmondson L, Lipsitz SR, Molina G, Neville BA, Singer SJ, et al. Mortality trends after a voluntary checklist-based surgical safety collaborative. *Ann Surg.* 2017;266:923---9.14

X. ANEXOS

ANEXO 1 PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR LAVADO DE MANOS. EN PERSONAL EN CONSULTA EXTERNA O EN PROCEDIMIENTOS GENERALES EN SERVICIOS CON PACIENTE SIN INFECCIÓN APARENTE Y NO EN PROCESOS CRÍTICOS.

BUENA PRÁCTICA N°01 El personal aplica correctamente el procedimiento de lavado de manos higiénico.					
SERVICIO:	PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
01	Dispona de agua potable corriente para el lavado de manos.				
02	Dispona de lavamanos apto para el uso.				
03	Dispona de jabón neutro de dosificación sellada.				
04	Dispona de papel toalla de calidad y desechable después del uso en rodillo que lo corta hoja a hoja y lo dispensa a través de ella, o en su defecto papel cortado limpio.				
05	Dispona de un tacho con tapa y bolsa negra para el desecho de la toalla ya utilizada.				
06	Dispona de un cepillo personal o palillo de naranjo para la limpieza de las uñas con agua y jabón antes del lavado.				
07	El personal que lleva a cabo este procedimiento es proactivo.				
08	El personal mantiene las uñas cortas y sin esmalte.				
09	Retira accesorios como anillos y pulseras. Sin embargo, reloj a prueba de agua y alianza lisa de oro, plata, o cobre es permitida.				
10	Corre el agua apta para el uso en las manos del proveedor con el objetivo de humedecerlas.				
11	Añade aproximadamente 10 mililitros o dos pulsaciones de jabón neutro en las palmas de las manos y frota hasta obtener espuma.				
12	Frota las palmas de las manos, insistiendo en todas las regiones, en especial el tenar e hipotenar e interdigital. * ≈ 5"				
13	Frota el dorso de las manos, insistiendo en las regiones interdigitales y el extremo externo de las falanges del dedo pequeño. * ≈ 5"				
14	Frota las segundas y terceras falanges de ambas manos ejerciendo presión con la rotación. * ≈ 5"				
15	Frota la región de palma y dorso de los pulgares. * ≈ 5"				
16	Frota las yemas de los dedos en la palma de las manos alternando. * ≈ 5"				
17	Corre el agua apta desde la región distal a la proximal hasta que sienta no hay restos de jabón.				
18	Utiliza una hoja de papel para retirar el agua corriente y una segunda hoja para secar con movimientos de presión y sin frotación hasta que las manos en todas sus regiones estén secas. Si lleva alianza secar bien debajo y el interior de ella.				
19	De ser necesario cierra el caño con el papel toalla del secado para girar la espita.				
20	Desecha el papel en el tacho de residuos comunes con tapa que se encuentra en el local.				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

ANEXO 2 PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR FROTACIÓN CON SOLUCIÓN DE BASE ALCOHÓLICA DE LAS MANOS. EN PERSONAL EN CONSULTA EXTERNA O ENTRE PACIENTES SIN INFECCIÓN APARENTE Y NO EN PROCESOS CRÍTICOS.

BUENA PRÁCTICA N°02 El personal aplica correctamente el procedimiento de frotación de las manos con solución alcohólica en la higiene de las manos.					
SERVICIO:	PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:		
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
01	Dispone de solución de alcohol etílico o isopropílico de calidad médica entre 70- 90° con gel aprox. 10% individual o en dispensador sellado.				
02	El personal proveedor es proactivo.				
03	Mantiene las uñas cortas y sin esmalte.				
04	Entre pacientes sin riesgo, se frota las manos con la solución alcohólica que puede ser cosmética explicada en el inciso 01.				
05	Añade aproximadamente 15 mililitros o dos puff de la solución de base alcohólica en las palmas de las manos.				
06	Frota las palmas de las manos, insistiendo en todas las regiones, en especial el tenar e hipotenar e interdigital. * ≈ 5"				
07	Frota el dorso de las manos, insistiendo en las regiones interdigitales y el extremo externo de las falanges del dedo pequeño. * ≈ 5"				
08	Frota las segundas y terceras falanges de ambas manos ejerciendo presión con la rotación. * ≈ 5"				
09	Frota la región de palma y dorso de los pulgares. * ≈ 5"				
10	Frota las yemas de los dedos en la palma de las manos alternando. * ≈ 5"				
11	Se deja secar al aire.				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

ANEXO 3 PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR LAVADO DE MANOS CLÍNICO O ANTISÉPTICO EN PERSONAL EN PROCESOS CRÍTICOS.					
BUENA PRÁCTICA N°03 El personal aplica correctamente el procedimiento de lavado de manos clínico o antiséptico.					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:	
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
01	Dispone de agua potable testada mensualmente, corriente para el lavado de manos.				
02	Dispone de lavamanos con caño sin espita con celdas de luz o de pie apto para el uso.				
03	Dispone del antiséptico con sal de Clorhexidina en solución detergente al 2% en dispensador sellado				
04	Dispone de papel toalla de calidad y desechable después del uso cortado hoja a hoja y dispensado una a una.				
05	Dispone de un tacho con tapa y bolsa negra para el desecho de la toalla ya utilizada.				
06	Dispone de un cepillo personal o palillo de naranjo para la limpieza de las uñas con agua y el detergente de Clorhexidina antes del lavado.				
07	El personal que lleva a cabo este procedimiento es proactivo.				
08	El personal mantiene las uñas cortas.				
09	Retira accesorios como anillos y pulseras.				
10	Corre el agua apta para el uso en las manos y medios antebrazos del proveedor con el objetivo de humedecer las zonas.				
11	Añade aproximadamente 20 mililitros o dos puff de solución detergente de Clorhexidina al 2% en las palmas de las manos.				
12	Frota las palmas de las manos, insistiendo en todas las regiones, en especial el tenar e hipotenar e interdigital. * = 15"				
13	Frota el dorso de las manos, insistiendo en las regiones interdigitales y el extremo externo de las falanges del dedo pequeño. * = 15"				
14	Frota las segundas y terceras falanges de ambas manos ejerciendo presión con la rotación. * =15"				
15	Frota la región de palma y dorso de los pulgares. * =15"				
16	Frota las yemas de los dedos en la palma de las manos alternando. * =15"				
17	Frota la solución detergente de Clorhexidina en las muñecas y medio antebrazos alternando las manos. * 15"				
18	Corre el agua apta desde la región distal a la proximal hasta que sienta no hay restos de detergente.				
19	Utiliza una hoja de papel de calidad y limpio para retirar el agua corriente y una segunda hoja para secar con movimientos de presión y sin frotación hasta que las manos en todas sus regiones estén secas. Si lleva alianza secar bien debajo y al interior de ella. MANO MOJADA MANO CONTAMINADA.				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

ANEXO 4 PERSONAL EN SERVICIOS ESPECIALES, CRÍTICOS E INTERMEDIOS, EN PACIENTES INFECTADOS O CON RIESGO DE INFECTARSE.

BUENA PRÁCTICA N°04 El personal aplica correctamente el procedimiento de frotación de las manos con solución Clorhexidina en base alcohólica en la antisepsia de las manos.					
SERVICIO:	PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:		COMENTARIOS
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			
		SI	NO	NA	
01	Dispone de solución de alcohol etílico o isopropílico de calidad médica entre 70- 90° con Diguconato de Clorhexidina 0,5 – 1 % . Puede contener sustancia cosmética.				
02	El personal proveedor es proactivo. Mantiene las uñas cortas y limpias.				
03	Entre pacientes sin evidente riesgo, se frota las manos con la solución alcohólica de Clorhexidina 0.5-1%				
04	Añade aproximadamente 15 mililitros o dos puff de la solución de Clorhexidina de base alcohólica en las palmas de las manos.				
05	Frota las palmas de las manos, insistiendo en todas las regiones, en especial el tenar e hipotenar e interdigital. * ≈15"				
06	Frota el dorso de las manos, insistiendo en las regiones interdigitales y el extremo externo de las falanges del dedo pequeño. * ≈ 15"				
07	Frota las segundas y terceras falanges de ambas manos ejerciendo presión con la rotación. * ≈15"				
08	Frota la región de palma y dorso de los pulgares. * ≈ 15"				
09	Frota las yemas de los dedos en la palma de las manos alternando. * ≈15"				
10	Se deja secar al aire.				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

ANEXO 5 PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL EN CENTRO QUIRÚRGICO (CQ), QUIRÓFANOS.

BUENA PRÁCTICA N°05 El personal aplica correctamente el procedimiento de lavado de manos quirúrgico.					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:		FECHA:
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
01	Dispone al menos de agua potable testada mensualmente, corriente para el lavado de manos. Preferible Preferentemente dispone de agua purificada por Ósmosis Inversa (OI) y a temperaturas de 35-37°C.				
02	Dispone de lavamanos con caño sin espita con celdas de luz o de pie apto para el uso.				
03	Dispone del antiséptico con sal de Clorhexidina en solución detergente al 4% en dispensador sellado.				
04	Dispone de un cepillo personal o pabillo de naranjo estéril solo para la limpieza de las uñas con agua y el detergente de Clorhexidina al 4%. Antes del lavado de las manos, antebrazo y parte del brazo.				
05	El CQ dispone un reloj funcionando con secundario visible por el proveedor para llevar los tiempos frente del lavado de las manos.				
06	El personal que lleva a cabo este procedimiento es proactivo. Retira accesorios como anillos y pulseras.				
07	Se ubica a 15 cm del lavamanos				
08	Corre el agua apta para el uso con el caño en las manos y antebrazos y 8 cm encima del codo del proveedor con el objetivo de humedecer las zonas.				
09	Añade aproximadamente 15 mililitros o tres pulsaciones de solución detergente de Clorhexidina al 4% en las palmas de las manos.				
10	Frota las palmas de las manos, insistiendo en todas las regiones, en especial el tenar e hipotenar e interdigital. * ≈ 15"				
11	Frota el dorso de las manos, insistiendo en las regiones interdigitales y el extremo externo de las falanges del dedo pequeño. * ≈ 15"				
12	Frota las segundas y terceras falanges de ambas manos ejerciendo presión con la rotación. * ≈ 15"				
13	Frota la región de palma y dorso de los pulgares. * ≈ 15"				
14	Frota las yemas de los dedos en la palma de las manos alternando. * ≈ 15"				
15	Frota con movimientos rotatorios la solución detergente de Clorhexidina en las muñecas, antebrazos y 8 cm por encima del codo alternando los brazos. * ≈ 15"				
16	Corre el agua apta desde la región distal a la proximal hasta que sienta no hay restos de detergente.				
17	Repite los pasos 09 -16. (1)				
18	Se mantienen levantados los brazos semiflexionados hacia arriba en posición supina hasta entrar al quirófano de espaldas donde será apoyado por la enfermera para el secado con paño estéril.				
19	No se seca. Entra al Quirófano con los brazos y le ayudan allí a secar con paño estéril prolijamente y puesta de guantes quirúrgicos estériles.				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

ANEXO 6 PREVENCIÓN DE ENDOMETRITIS, CENTRO QUIRÚRGICO (CQ), CENTRO OBSTÉTRICO, (CO) EMERGENCIAS (E)					
BUENA PRÁCTICA N° 6 El personal aplica correctamente los procedimientos para prevenir endometritis. Observa un parto al mes en CO y CQ.					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:	
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
01	Cumple con el protocolo de saludo VER DETALLES AL REVERSO				
02	Respeto los derechos de la usuaria VER DETALLES AL REVERSO				
03	Pregunta sobre síntomas de peligro VER DETALLES AL REVERSO				
05	Se asegura que el parto no es inminente, de ser inminente trasladada a sala de expulsivo.				
06	Identifica riesgo de infección y lo señala de forma visible en la historia clínica VER DETALLES				
07	Verifica los antecedentes en la HC y/o el carné perinatal o mediante interrogatorio si documentos no disponibles VER DETALLES AL REVERSO				
08	En gestante VIH (+) actúa según la norma y grado de dilatación VER DETALLES AL REVERSO				
09	En gestante sin pruebas de VIH y/o RPR realizadas, brinda consejería e indica la prueba rápida				
10	Indaga sobre los síntomas de parto VER DETALLES AL REVERSO				
11	Registra en el libro de admisión de emergencias, verifica ficha SIS, y refiere a la usuaria a sala de trabajo de parto o de parto.				
12	Se realiza aseo genital con clorhexidina en solución detergente al 2%				
12	Realiza tacto vaginal según indicación y norma establecida				
13	Lavado clínico de manos con jabón antiséptico según BPD				
14	Separa labios vaginales con dedo meñique y pulgar efectuando el tacto vaginal con el dedo índice y medio, sin contaminar.				
15	Separa labios vaginales con dedo meñique y pulgar efectuando el tacto vaginal con el dedo índice y medio, sin contaminar.				
16	Lavado clínico de manos post intervención.				
17	Registra el número de tactos realizados durante la atención.				
18	Realiza asepsia perineal.				
19	Lavado clínico de manos con jabón antiséptico y se coloca guantes estériles.				
20	Lava la zona perineal con clorhexidina en solución detergente al 2%.				
21	Elimina compresa utilizada en tacho de desechos biológicos.				
22	Realiza lavado clínico de manos al terminar el Procedimiento.				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

<p>COB-01-01 Cumple con el protocolo de saludo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saluda a la usuaria cordialmente en forma adecuada a las costumbres locales • Se presenta y le dice su nombre, cargo y función • Pregunta su nombre y apellidos • La llama por su nombre 	<p>COB-01-02 Respeto los derechos de la usuaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Habla en voz baja para evitar que otras personas escuchen la conversación 2. No permite la presencia de otras personas sin consentimiento de la usuaria 3. Llama a la usuaria por su nombre 4. Le habla de manera comprensible 5. Con cortesía y respeto identifica la cultura a que pertenece a la identificación cultural que tiene con ella 6. Establece comunicación adecuada en la lengua nativa de los usuarios o dispone de la ayuda de un interprete 	<p>COB-01-03 Pregunta sobre síntomas de peligro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado via vaginal • Convulsiones o pérdida de conciencia • Cefalea intensa, incluyendo visión borrosa • Dolor abdominal intenso • Dificultad respiratoria • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Fiebre • Oliguria 	<p>COB-01-06 Identifica riesgo de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Rotura prematura de membranas • Parto pre término con menos de 28 semanas • Inserción baja o marginal de placenta • Referida con más de cuatro tactos realizados • Antecedentes de infecciones de transmisión sexual • Antecedentes de infección urinaria
<p>COB-01-07 Indaga antecedentes si no porta carne perinatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la última menstruación • Qué tiempo de embarazo considera tener • Problemas o enfermedades ha presentado en el embarazo actual • Número de partos y abortos anteriores e hijos vivos • Problemas en el parto en embarazos anteriores 	<p>COB-01-08 En gestante VIH (+) actúa según la norma y grado de dilatación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica que ha seguido tratamiento antirretroviral • Indaga si acepto el parto por cesárea • Informa la importancia de iniciar tratamiento al recién nacido antes de 6 horas de nacido • Si la dilatación y tiempo de traslado lo permite refiere al establecimiento con FONE. • Si parto inminente refiere enseguida después de este, si está en condiciones estables 	<p>COB-01-09 Indaga sobre los síntomas de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo transcurrido desde el inicio de las contracciones • Tiempo transcurrido desde que presentó pérdida de líquido • Si ocurrió la pérdida de líquido, color y olor del mismo • Si ha presentado sangrado, color y cantidad de sangre • Movimientos del feto, si no los percibe desde cuando • Que remedios naturales ha utilizado 	



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES					
BUENA PRÁCTICA N°7 UCIN-01 Se aplica correctamente los procedimientos generales de limpieza y de protección personal y prevención de infecciones.					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:	
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
1	El servicio dispone de todos los medios de protección del personal de limpieza VER DETALLES				
2	El personal de limpieza utiliza correctamente el equipo de protección personal.				
3	Si de derrame de fluidos corporales, el piso es limpiado inmediatamente con procedimientos establecidos. VER DETALLES				
4	Las incubadoras son limpiadas prolijamente después de la salida de cada paciente. VER DETALLES				
5	Hay una señalización visible para indicar el área restringida y la indumentaria que el personal debe utilizar para ingresar a ella				
6	Todo el personal que se encuentra en el área restringida utiliza ropa limpia, bata, gorro, y botas				
7	Se aplican medidas específicas de limpieza VER DETALLES				
		TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA			



<p>UCI N-01-01 El servicio dispone de todos los medios de protección del personal de limpieza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guantes de PVC 8, específicos, reforzados en las palmas y pulpejos de los dedos • Zapatos cerrados impermeables y con suela gruesa antideslizante • Mandil impermeable • Mascarilla cubre boca y nariz • Gorro capaz de cubrir todo el cabello • Anteojos protectores 	<p>UCI N-01-03 En caso de derrame de fluidos corporales, el piso es limpiado inmediatamente La limpieza debe ser siempre inmediata Técnica de los tres baldes</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primer balde contiene una solución de cloro a 500 ppm y detergente • El segundo balde contiene agua para enjuagar el trapeador • El tercer balde se usa para exprimir el trapeador después de enjuagarlo y antes de meterlo al primer balde • En derrames pequeños se elimina todo el material visible con un trapo empapado con sol. de cloro al 0.5%, después limpiar el piso con la técnica de 3 baldes • En todos los casos el personal debe utilizar todo el equipo de protección
<p>UCI N-01-04 Las incubadoras son limpiadas prolijamente después de la salida de cada paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicia la limpieza por las áreas internas de la incubadora y termina en las externas. • Remueve adecuadamente la materia orgánica de la incubadora. • Seca rápidamente la incubadora • Traslada la incubadora al área de lavado. • Desarma adecuadamente la incubadora. • Lava por separado cada una de las partes. • Limpia adecuadamente la unidad eléctrica, retirando la suciedad del ventilador. • Aplica la solución desinfectante después de secar las partes y lo deja por 30 minutos. • Retira la solución desinfectante adecuadamente. • Identifica la importancia de dejarla airear por 24 horas, si el neonato estaba infectado. • Cambia el filtro bacteriano si es mayor de 30 días • Arma adecuadamente la incubadora. • Rotula adecuadamente la incubadora y el filtro bacteriano. • La conecta para precalentarla y dejarla lista para el nuevo ingreso. 	<p>UCI N-01-07 Se aplican medidas específicas de limpieza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los equipos (estetoscopio, laringoscopio, ambú, termómetros) deben de ser limpiados y desinfectados con alcohol de 70° antes y después de su uso • La preparación de medicación y soluciones se realiza bajo estricta medida de asepsia • Administra la LM en las 24 horas siguientes a su recolección. • Las balanzas se limpian y desinfectan una vez al día. Durante el procedimiento se deben cubrir con un paño limpio que se cambia con cada paciente.



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y OTROS DE CUIDADOS ESPECIALES					
BUENA PRÁCTICA N°8 UCIN-03 Si es necesario colocar una vía endovenosa, se realiza utilizando los criterios correctos					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:	
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
1	Coloca el endovenoso, sólo si está debidamente indicado. Use el lavado clínico de las manos y de la piel.				
2	Realiza correctamente la colocación de catéter venoso periférico VER DETALLES				
3	Maneja adecuadamente agujas, jeringas e instrumentos punzo cortantes VER DETALLES				
4	Registra en la Historia Clínica nombre del operador, fecha y hora, de inserción y retiro de catéteres y cambio de apósitos, coloca rótulo visible con fecha y hora de inserción del catéter				
5	Retira el endovenoso cuando sea necesario				
6	Reemplaza los sets de administración de fluidos EV cada 72 horas				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					

UCI N-03-02

Realiza correctamente la colocación de catéter venoso periférico

- Asegura que todos los artículos estén disponibles
- Ubica el sitio de inserción de la vía
- Revisa la solución intravenosa para asegurar que sea la correcta
- Realiza lavado de manos antes de manipular cualquier componente del equipo intravenoso

UCI N-03-03

Maneja adecuadamente agujas, jeringas e instrumentos punzo cortantes

- Usa cada jeringa y aguja, una sola vez
- No desmonta la aguja y la jeringa después de usarla
- No dobla, ni parte, ni vuelve a colocar la cubierta protectora antes de deshacerse de ellas.
- Elimina agujas y jeringas, colocándolas en un recipiente de paredes resistentes a prueba de punciones. La abertura en la tapa debe ser lo bastante grande para que los objetos puedan entrar fácilmente, pero también lo bastante pequeña para ser retirado desde adentro.
- Cuando el recipiente está tres cuartos llenos, lo retira del área para su eliminación



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y OTROS DE CUIDADOS ESPECIALES					
BUENA PRÁCTICA N°9 UCIN-04 Realiza adecuadamente cateterismo umbilical					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:	
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
1	Coloca el catéter umbilical solo en casos en que está indicado				
2	Realiza correctamente el procedimiento VER DETALLES				
3	Registra en la historia clínica : nombre del operador, fecha y hora, de inserción y retiro de catéter				
4	Retira el catéter tan pronto no sea necesario (venosos hasta 14 días)				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					

UCI N-04-02	
Realiza correctamente el procedimiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Confirma la identidad del paciente. • Prepara el cordón umbilical y el abdomen con solución antiséptica (clorhexidina o yoduro de povidona). • Limpia el muñón umbilical y pinza el cordón. • Coloca campos estériles alrededor de la zona de exposición del muñón. • Coloca una banda de seguridad alrededor de la piel en la base del muñón umbilical. • Pinza el cordón por debajo de la pinza umbilical ya existente. • Utiliza un bisturí de hoja 11 para cortar por debajo de la segunda pinza, 	<ul style="list-style-type: none"> • Si el sangrado continúa, secar el cordón sin fricción. • Identifica los 3 vasos. Las arterias son más pequeñas y con paredes más gruesas y musculares. La vena es más grande que las arterias y tiene una pared más delgada • Dilata la abertura de la vena umbilical y eliminar los coágulos que pueda haber. • Aplica tracción del cordón umbilical, usando una pinza mosquito. • Toma la punta del catéter e insertarla en el orificio venoso. • Una vez que se introduce el catéter 4 cm, se aspira con una jeringa para verificar el retorno de sangre.



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y OTROS DE CUIDADOS ESPECIALES					
BUENA PRÁCTICA N°10 UCIN-05 Aspira secreciones en forma adecuada					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:	
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		S	NO	NA	
1	Verifica si cuenta con el equipo completo y adecuado VER DETALLES				
2	Realiza el procedimiento en forma correcta VER DETALLES				
3	Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias, características de las secreciones y la respuesta del paciente				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					

UCI N-05-01	UCI N-05-02
<p>Verifica si cuenta con el equipo completo y adecuado</p> <p>Aspirador de vacío.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacuómetro. - Tubo conector. - Sondas de aspiración estériles del número adecuado. F 6 	<p>Realiza el procedimiento en forma correcta</p> <p>Realiza lavado de manos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prepara el material. - Conecta el aspirador y el equipo de aspiración. Comprueba su correcto funcionamiento. - Elige calibre de la sonda adecuado. - Selecciona la presión adecuada 60 - 80 mm Hg - Colocar al paciente en la posición semi-fowler. Si la aspiración se va a realizar vía oral, situar al paciente con la cabeza ladeada; si es vía nasal, poner el cuello del paciente en hiper extensión; si el paciente está inconsciente, colocarlo en decúbito lateral. - Medir la distancia a introducir, entre el puente nasal y lóbulo de la oreja



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

BUENA PRÁCTICA N°11 UCIN-06 Mantiene adecuadamente la higiene e integridad de la piel del recién nacido.					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:	SUPERVISOR:	FECHA:	
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
1	Prepara adecuadamente la piel para procedimientos con asepsia y antisepsia con Clorhexidina al 2% en solución detergiva.				
2	Toma precauciones en la colocación y remoción de adhesivos VER DETALLES				
3	Realiza el baño de acuerdo a condición clínica				
4	Cambia frecuentemente de pañales				
5	Previene y trata las úlceras por presión				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					

UCI N-06 – 02

Toma precauciones en la colocación y remoción de adhesivos

- Uso mínimo de tela Adhesiva.
- Mínima superficie adhesiva de los electrodos.
- Apósitos transparentes para fijación de accesos vasculares periféricos y catéteres centrales.
- Remoción de electrodos cardiacos solo cuando sea necesario.
- No usar agentes químicos para remoción
- Uso de algodón humedecido en agua estéril.



PLAN DE SUPERVISIÓN ANUAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y OTROS DE CUIDADOS ESPECIALES					
BUENA PRÁCTICA N°12 UCIN-07 Coloca tubo endotraqueal en forma adecuada/NAV					
SERVICIO:		PROVEEDOR/ PROFESIÓN:		SUPERVISOR:	
				FECHA:	
N°	CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	Observación			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
1	El profesional de salud realiza intubación endotraqueal cuando está indicado				
2	Verifica si cuenta con el equipo completo y adecuado VER DETALLES				
3	Realiza el procedimiento en forma correcta VER DETALLES				
4	Registra en la historia clínica : nombre del operador, fecha y hora, de inserción y retiro del tubo endotraqueal				
TOTAL DE OBSERVACIONES EN LA PÁGINA					

UCI N-07-02	UCI N-07-03
Verifica si cuenta con el equipo completo y adecuado	Realiza el procedimiento en forma correcta
<ul style="list-style-type: none"> - Aspirador de vacío. - Toma de oxígeno. - Vacuómetro. - Tubo conector. - Resucitador manual con reservorio. - Sondas de aspiración estériles del número adecuado. - Recipiente para las secreciones. - Guantes estériles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gasas estériles. - Mascarilla. - Solución de lavado: agua estéril o suero fisiológico estéril. - Batas desechables. - Bolsa de residuos. - Mascarilla de oxígeno. - Registros de enfermería.
	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza lavado de manos. - Prepara el material. - Informa al familiar el procedimiento a seguir - Conecta el aspirador y el equipo de aspiración. Comprueba su correcto funcionamiento. - Elige calibre de la sonda adecuado. - Selecciona la presión adecuada menor de 80 mm Hg - Colocar al paciente en la posición semi-fowler. Si la aspiración se va a realizar vía oral, situar al paciente con la cabeza ladeada; si es vía nasal, poner el cuello del paciente en hiper extensión; si el paciente está inconsciente, colocarlo en decúbito lateral. - Precioxigenar al paciente si precisa (seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia). - Medir la distancia a introducir, entre el puente nasal y lóbulo de la oreja - Lubricar la sonda en la aspiración nasofaríngea. - En caso de secreciones secas y tapones mucosos, instilar suero fisiológico 0,9% e hiper insuflar previo al procedimiento de aspiración. - Introducir la sonda sin aspiración por la boca o la nariz y realizar una aspiración intermitente al extraer la sonda. - Esta maniobra no debe exceder los 10 segundos. - En la aspiración orofaríngea, insertar la sonda en el lateral de la orofaríngea. - Limpiar la sonda con gasas estériles y aspirar agua o suero fisiológico estéril. - Repetir las aspiraciones las veces que sea necesario. - Desechar la sonda y los guantes tras la aspiración. - Fija adecuadamente el tubo endotraqueal - Dejar descansar al paciente entre aspiración y aspiración. - Colocar al paciente en la posición más adecuada. - Recoger el material. - Retirarse guantes - Realizar lavado de manos.

