

Nº 212-2017-HCH/DG



RESOLUCION DIRECTORAL



Lima, 5 de Junio de 2017

Visto el Expediente Nº 10977/2017, con Informe Nº 130-2017-OESA-HCH, del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, sobre aprobación del "Plan de Supervisión a las Medidas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – Año 2017" del Hospital Cayetano Heredia, y;

CONSIDERANDO:

Que, con Informe Nº 130-2017-OESA-HCH de fecha 8 de mayo de 2017, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Cayetano Heredia, remite el "Plan de Supervisión a las Medidas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – Año 2017" del Hospital Cayetano Heredia, desarrollado dentro del marco del Plan de vigencia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, aprobado por R.D. Nº 148-2017-HCH/DG, elaborado por el equipo de trabajo de la Unidad de Evaluación e Investigación Epidemiológica, para su aprobación;

Que, la finalidad del Plan indicado en el párrafo precedente, es contribuir a la disminución de la morbi mortalidad sobre agregada en los pacientes hospitalizados en los servicios críticos y semi críticos, seleccionados en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de salud de interés público, y es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 79º, de la norma legal acotada señala, que la Autoridad de Salud está facultada para dictar medidas de prevención y control con el fin de evitar la aparición y propagación de enfermedades transmisibles;

Que, por Resolución Ministerial Nº 753-2004/MINSA, se aprobó la NT Nº 020-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias", cuyo objetivo es "disminuir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias a nivel nacional y local, reducir los costos asociados a dichas infecciones para los usuarios y los servicios de salud";

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 179-2005/MINSA, se aprobó la NT Nº 026-MINSA/OGE-V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias", con el objetivo de "Proporcionar información actualizada sobre magnitud de estas infecciones y sus diversos factores y, de esta manera, orientar las acciones dirigidas a la disminución de los daños que causan las mismas";

Que, por Resolución Ministerial Nº 523-2007/MINSA, se aprobó la Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias;

Que, asimismo, por Resolución Ministerial Nº 168-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud";



Que, el artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial 216-2007/MINSA, establece que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, es el órgano encargado de la vigilancia en salud pública, análisis de la situación de salud hospitalaria, salud ambiental e investigación epidemiológica;

Que, teniendo en cuenta los documentos de Visto, y la finalidad del "Plan de Supervisión a las Medidas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – Año 2017" del Hospital Cayetano Heredia, la propuesta presentada debe ser aprobada;

Estando al contenido del Informe N° 360-2017-OAJ-HCH, emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con la Visación del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR, el "Plan de Supervisión a las Medidas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – Año 2017" del Hospital Cayetano Heredia, el mismo, que en anexo aparte forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Disponer que el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, adopte las acciones administrativas necesarias para el cumplimiento del Plan aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese.



SCAM/ERRC/BIC/bic.

Cc.:
Dirección General
Of. Epidemiología S.A.,
OAJ,
(Arch.: PLANEAM.STRAT)

PLAN DE SUPERVISION A LAS
MEDIDAS DE PREVENCION Y
CONTROL DE LAS INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCION
EN SALUD

AÑO 2017

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD
AMBIENTAL



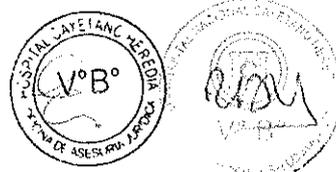
INTRODUCCION

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) es uno de los principales indicadores de la calidad de la atención que se brinda en los establecimientos de salud. Para ello se ha elaborado y aprobado el Manual de prevención y control de infecciones, existentes en el Hospital Cayetano Heredia (HCH), disponibles en la página web institucional, con el objetivo de orientar prácticas seguras de atención, dando énfasis al manejo de aislamiento, uso de medidas comprobadas para la prevención de infecciones urinarias, infección al torrente sanguíneo y otras que están relacionadas a las IAAS.

Se entiende por supervisión al conjunto de actividades destinadas a observar el cumplimiento de prácticas de la institución. La supervisión es concebida como parte del proceso continuo de enseñanza-aprendizaje y su objetivo es observar prácticas y procedimientos a través de métodos directos o indirectos, corregir lo que se evidencia incorrecto y fortalecer lo correcto, con el fin de mejorar la calidad de la atención.

El propósito del presente plan es evaluar el nivel de cumplimiento de las Normas generales de Prevención y Control de IAAS en los distintos servicios y unidades del Hospital Cayetano Heredia, proporcionando datos que permitan enfocar las intervenciones hacia el cumplimiento de las metas y la mejora continua de la calidad de la atención. Se entiende como Normas generales de Prevención y Control de IAAS a aquellos procedimientos que se realizan en todas las unidades clínicas y de apoyo clínico.

Este plan contará con un equipo conformado por profesionales de los servicio hospitalarios u otras especializadas, que permita incluir en la solución de los problemas a los actores del mismo, haciendo suyos los problemas, las causas y sus soluciones

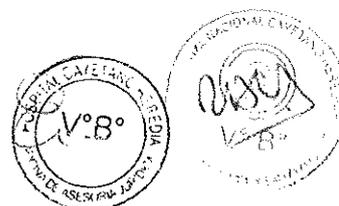


FINALIDAD

Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad sobre agregada en los pacientes hospitalizados en los servicios críticos y semi críticos seleccionados del Hospital Cayetano Heredia.

BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Norma Técnica N° 026 de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias aprobada con la R.M. N°179-2005/MINSA.
- Norma Técnica N° 020 de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias aprobada con la R.M. N°753 - 2004/MINSA.
- Guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias aprobada con la R.M. N° 523-2007/MINSA
- Ley N° 27314 – Ley General de Residuos Sólidos.
- RM N° 366-2009/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención Materna y Neonatal 2009-2013.
- R.M. N° 372-2011/MINSA “Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de los Ambientes de los Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- RM N° 546-2011/MINSA que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos de Salud”.
- R.M. N° 168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud”.



I. DESCRIPCION DEL MARCO ASISTENCIAL

1.1 Antecedentes Históricos:

El Hospital Cayetano Heredia (HCH) está ubicado en el distrito de San Martín de Porres - Lima, Avenida. Av. Honorio Delgado 262, es un establecimiento de salud, de nivel de categoría III-1, considerado de referencia nacional en conformidad con la NT N° 0021-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud 2004.

El HCH, como institución que forma parte del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), tiene la responsabilidad de responder a las necesidades y expectativas que tiene la población sobre la salud, las cuales suelen ser cambiantes de acuerdo a la influencia de los diversos factores que influyen en la salud pública

La misión del hospital consiste en brindar atención de salud especializada, acorde a las necesidades de los usuarios, con responsabilidad social, oportuna, promocionando estilos de vida saludables y contribuyendo en la formación de recursos humanos, en la investigación científica y en el desarrollo tecnológico.

El HCH fue creado el 21 de julio de 1968, con la denominación de Hospital Centro de Salud Docente del Rímac. Posteriormente a esto, recibió el nombre de Hospital Cayetano Heredia. Desde su creación como base del área hospitalaria N° 1 y como centro docente anexo a la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), permitió en 1967 firmar el primer convenio entre el Ministerio de Salud (MINSA) y la UPCH, este convenio conllevó constituir "una comunidad de acciones de salud y de docencia e investigación". Es recién en 1969 el MINSA y la UPCH en un esfuerzo conjunto abren las puertas del HCH poniendo al servicio de la comunidad, con un área de influencia de 15 centros de salud, distribuidos en 7 distritos, para una demanda aproximadamente a 520, 000 habitantes. Actualmente, el hospital cuenta con un área de influencia de aproximadamente 3, 000,000 personas que significan seis veces más el número de personas que se preveía en 1968.



1.1 Cartera de servicios:

El HCH, brinda una atención integral y especializada en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, en el marco de los Lineamientos de Política Sectorial que promueven el mejoramiento continuo de la calidad de la atención, generando una cultura organizacional sustentada en valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario y su entorno familiar.

Imagen 1. Servicios que brinda el Hospital Cayetano Heredia”

CARTERA DE SERVICIOS

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

Departamento de Consulta Externa

UNIDADES:

- Consulta Externa
- Unidad de Atención Inmediata
- ZONA URGENTE
- Botiquín y Curatambien
- Atención de Emergencia

Departamento de Enfermedades Infecciosas, Neumología y Dermatología

SERVICIOS:

- Infecciones Infecciosas
- Neumología
- Dermatología

Departamento de Gineco-obstetricia

SERVICIOS:

- Ginecología
- Obstetricia
- Medicina Reproductiva
- Ginecología
- Patología Ginecológica
- Menopausia
- Escrutinios

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

SERVICIOS:

- Emergencia Adultos
- Emergencia Pediátrica
- Cuidados Intensivos y Facilitados
- Cuidados Intensivos Neonatal
- Cuidados Intensivos Coronarios

Departamento de Medicina

SERVICIOS:

- Medicina Interna
- Cardiología
- Medicina de Geriátrica
- Endocrinología
- Nefrología
- Neurología
- Neumología
- Hematología
- Especialidades Afines
- Cardiología
- Medicina Familiar

Departamento de Pediatría

SERVICIOS:

- Medicina Pediátrica
- Neonatología
- Cirugía Pediátrica
- Especialidades Pediátricas
- Neumología
- Neofisiología y Nutrición
- Gastroenterología
- Nefrología
- Neoplasias
- Pediatría
- Endocrinología
- Cardiología
- Oncología

Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

SERVICIOS:

- Patología Clínica y Anatomía Patológica

Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

SERVICIOS:

- Patología Clínica
- Anatomía Patológica

Departamento de Farmacia

SERVICIOS:

- Farmacia
- Laboratorio y Diagnóstico
- Farmacia y Diagnóstico

Departamento de Nutrición y Dietética

SERVICIOS:

- Enfermería de Consulta Externa
- Enfermería en Hospitalización
- Enfermería en Emergencia

Departamento de Servicio Social

SERVICIOS:

- Valoración
- Orientación y Asesoría
- Vigilancia de Inyectables

Unidad Oncológica

SERVICIOS:

- Cirugía Oncológica
- Medicina Oncológica
- ADI (Atención Diferenciada Integral)
- Oncología

Departamento de Enfermería

SERVICIOS:

- Valoración
- Orientación y Asesoría
- Vigilancia de Inyectables

Módulo de Atención al Múltiple Infantil y al Adolescente

- Psicología
- Pediatría
- Geriátrica y Geriatria
- Asesoría Legal
- Servicio Social

Departamento de Cirugía

SERVICIOS:

- Cirugía General
- Cirugía
- Urología
- Cirugía Plástica
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Cirugía Plástica
- Neoradiología
- Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

SERVICIOS:

- Anestesiología Quirúrgica
- Reanimación

Departamento de Coagulación

SERVICIOS:

- Diagnóstico y Procesamiento Especial
- Emergencia y Diagnóstico

Departamento de Diagnóstico por Imágenes

SERVICIOS:

- Diagnóstico y Procesamiento Especial
- Emergencia y Diagnóstico

Departamento de Psicología

SERVICIOS:

- Valoración
- Orientación y Asesoría
- Vigilancia de Inyectables

Unidad de Trasplante Renal

FARMACIA
Farmacia Emergencia: Las 24 horas del día
Farmacia Central de Lunes a Domingos de 7:30 a.m. - 7:00 p.m.

CONSULTA EXTERNA
Lunes a Viernes de 8:00 a.m. - 12:00 m. / 2:00 - 6:00 p.m.
Sábados de 8:00 a.m. - 12:00 m.

EMERGENCIA
Atención las 24 horas del día.

igss

Dentro de su estructura orgánica, y entre los órganos de asesoría, el Hospital cuenta con la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA-HCH), unidad orgánica dependiente de la Dirección General, y encargada de la vigilancia en salud pública, análisis de la situación de salud hospitalaria, salud ambiental e investigación epidemiológica.



II. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD HOSPITAL CAYETANO HEREDIA AÑO 2016

2.1 Descripción Histórica

La vigilancia epidemiológica de IAAS se inició en el año 1998, la cual se ha ido fortaleciendo con el transcurso de los años y actualmente contamos con personal profesional capacitado (5 Lic. Enfermería y 2 médicos epidemiólogos) Se realiza vigilancia activa y selectiva por factores de riesgo que establece la Norma Técnica N° 026 de Vigilancia de IIH. Asimismo existe el Comité de Prevención y Control de IAAS que cumple sus funciones desde el año 1998, conformado por un equipo multidisciplinario de médicos y licenciadas de enfermería (Comité Operativo y Comité Ampliado).

Los datos analizados corresponden a los resultados de la Unidad de Vigilancia y Control de brotes de la OESA-HCH, cuya vigilancia se caracteriza por ser selectiva y focalizada, activa y permanente. Selectiva, por que selecciona la población de pacientes hospitalizados con factores de riesgo extrínsecos (procedimientos y dispositivos invasivos) que haya evidencia científica de ser prevenibles; focalizada, se realiza en aquellos servicios hospitalarios que presentan mayores tasas de uso; activa y permanente, debido a que la obtención de los datos se basa en la detección de IIH en los servicios clínicos a cargo del personal con disponibilidad de tiempo para la búsqueda de las IIH.

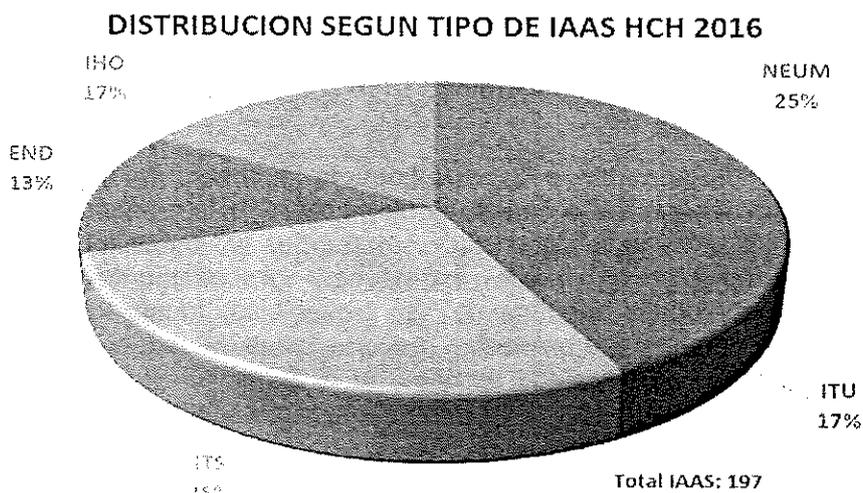
Los eventos sujetos a vigilancia corresponden a las Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS), Infección del Tracto Urinario (ITU), Neumonía (NEU), Endometritis (END), infección de Herida Operatoria (IHO), según los factores de riesgo como: Catéter venoso central (CVC), catéter venoso periférico (CVP), catéter urinario permanente (CUP), ventilador mecánico (VM); parto vaginal (PV), parto cesárea (PC), colecistectomía (COLE) y hernioplastías inguinales (HI), en los servicios de UCI Neonatal (UCI NEO), Unidad de Cuidados intensivos adultos (UCI), Gineco-obstetricia (GO), Cirugía (CIR) y Medicina (MED) según corresponda.



2.2 Distribución porcentual de las IAAS

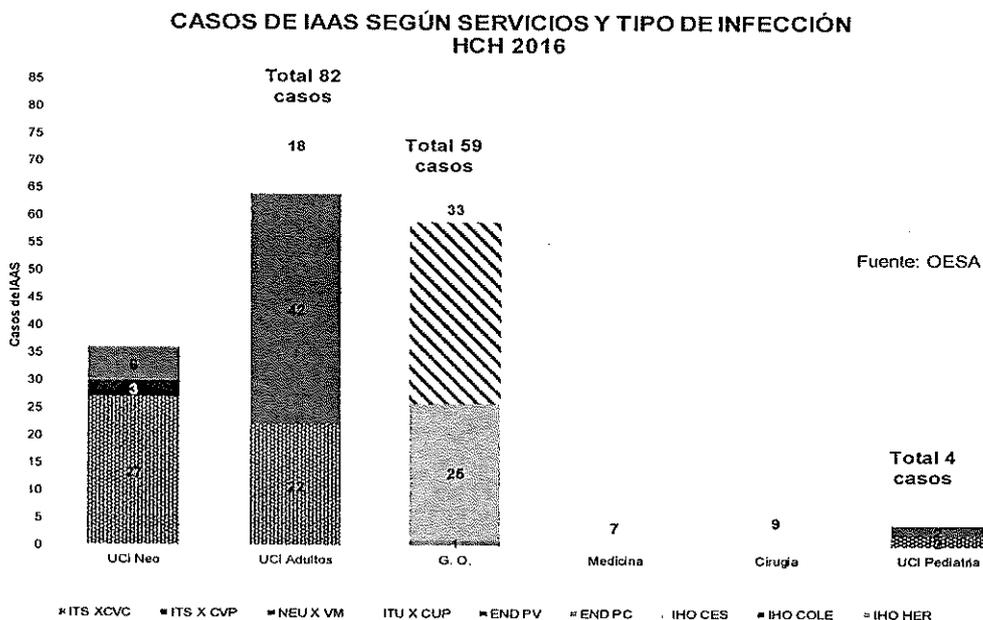
Los casos de IIH-IAAS notificadas en el 2016 fueron 197, de las cuales, el 28% corresponden a las Infecciones al Torrente sanguíneo por catéter venoso central, seguido por Neumonías por ventilación mecánica con 25 %; mientras de infección al tracto urinario por catéter urinario represento el 17% e Infección de herida operatoria en cesáreas el 17%.

Grafico 1



2.3 Distribución de las IAAS según servicio y factor de riesgo asociado

Grafico 2



La distribución de las IAAS según el tipo de infección y el servicio hospitalario, observa que UCI adulto que conglomeraba a la UCI Medicina, UCI emergencia y UCI quirúrgica con un total de 12 camas hospitalarias, presentó el mayor número de casos, seguido de los servicios de Gineco-obstetricia y UCI Neonatal y en menor proporción en medicina y cirugía. Asimismo, en el presente informe se consideró la notificación de los servicios de las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), en el marco de la norma técnica vigente que permite la posibilidad al hospital de ampliar el espectro de las IH sujetas a vigilancia y por ser un servicio crítico.

2.4 Tasas referenciales de densidad de incidencia e incidencia acumulada según tipo de IH, factor de riesgo y servicio hospitalario

A continuación presentamos las tasas de IAAS 2016 según factor de riesgo y servicio; asimismo la comparación con la tasa 2015 y la tasa referencial para la categoría III-1 emitido por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Cuadro 1

Tipo de IAAS	Factor de riesgo	Servicio hospitalario	Tasa anual 2015		Tasa anual 2016		Tasa referencial para categoría III-1
Neumonía	Ventilación Mecánica	UCI Neonatal	8.26	↓	4.72	↓	4.81
		UCI Pediátrica	2.49	↓	1.5	↓	2.40
		UCI Adultos	13.03	↑	14.55	↑	11.84
Infección del Tracto Urinario	Sonda Vesical	UCI Adultos	4.87	↑	5.43	↑	3.88
		UCI Pediatría	8.85	↓	0	↓	5.38
		Medicina	4.39	↓	2.5	↓	3.27
		Cirugía	2.28	↑	2.56	↑	2.50
Infección al Torrente Sanguíneo	Catéter Venoso Central	UCI Neonatal	7.31	↑	15.57	↑	5.47
		UCI adultos	10.68	↓	6.33	↑	2.27
		UCI pediatría	11.6	↓	7.35	↓	9.6
	Catéter Venoso Periférico	UCI Neonatal	0.89	↑	2.3	↑	1.71
Infección de Herida Operatoria	Colecistectomía	Cirugía	0	≡	0	↓	0.37
	Hernioplastia	Cirugía	0	≡	0	↓	0.37
	Parto Cesarea	Obstetricia	1.72	↓	1.53	↑	1.45
Endometritis	Parto Vaginal	Obstetricia	0.14	↓	0.05	↓	0.29
	Parto Cesarea	Obstetricia	1.35	↓	1.11	↑	0.7



Grafico 3

**TASA DE NEUMONIA POR VENTILACION MECANICA
EN SERVICIOS VIGILADOS HOSPITAL CAYETANO
HEREDIA 2016**

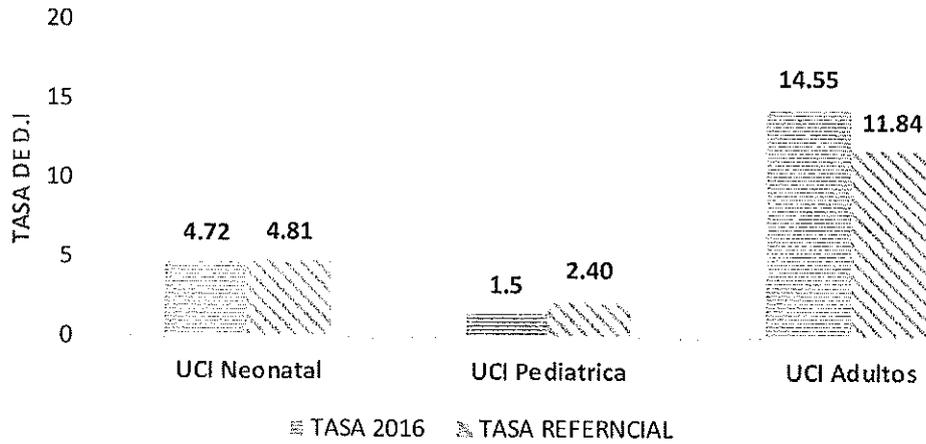
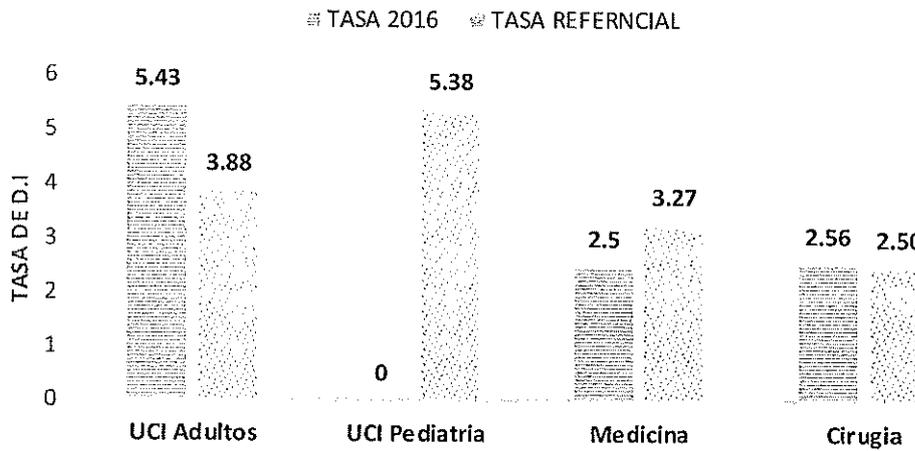


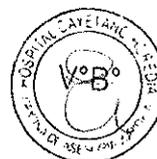
Grafico 4

**TASA DE INFECCION AL TRACTO URINARIO POR
CATETER URINARIO PERMANENTE EN SERVICIOS
VIGILADOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2016**



Las tasas de Neumonía por VM en UCI Neonatal y UCI Pediátrica disminuyeron en relación a las obtenidas durante el año 2015, y en relación al promedio nacional para hospitales III-1 se mostro por debajo de ellas.

En UCI adultos se evidenció que el resultado de la tasa del 2016 se incrementó en relación al 2015, mostrandose, así mismo más alto en relación al promedio para el servicio en hospitales III-1.



Este año estudiado 2016, las tasas de Neumonía en pacientes con VM en las UCI Neonatal y UCI pediátrica mostraron una disminución significativa, en UCI adultos hay que implementar planes de mejora para llegar a las tasas referenciales

Las tasas de ITU por CUP se vigilan en cuatro servicios del HCH, de los cuales en UCI adultos subió en relación al 2015, así mismo se encuentra por encima del promedio referencial para hospitales III-1. En UCI pediátrica no se presentaron casos, a diferencia del 2016, evidenciándose una notable mejoría en sus resultados.

En el servicio de hospitalización de medicina se evidenció una mejoría con respecto a su tasa del 2015, así mismo se encuentra por debajo del promedio para este servicio a nivel Hospital III-1. En el servicio de cirugía se halló una elevación de la tasa con respecto al 2015 y subió en centecimas con respecto al promedio para el servicio en hospitales III-1.

Estos indicadores muestran que en las UCIs de adultos se tienen que implementar planes de mejora para disminuir sus tasas de infecciones hasta valores de las tasas referenciales. En la UCI pediátrica y servicio de Medicina y cirugía debiera mantener sus medidas, para evitar subir sus tasas.

Grafico 5

**INFECCION AL TORRENTE SANGUINEO POR CATER
VENOSO CENTRAL EN SERVICIOS VIGILADOS
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2016**

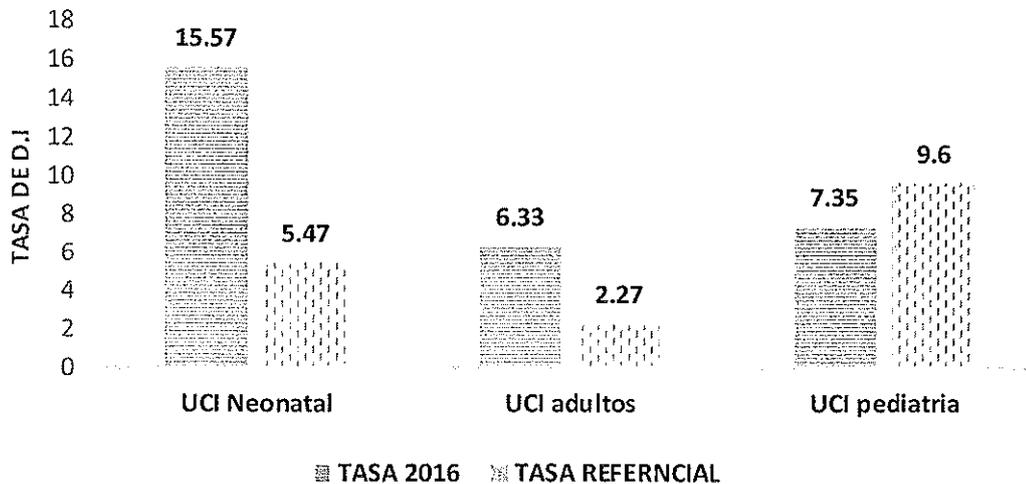
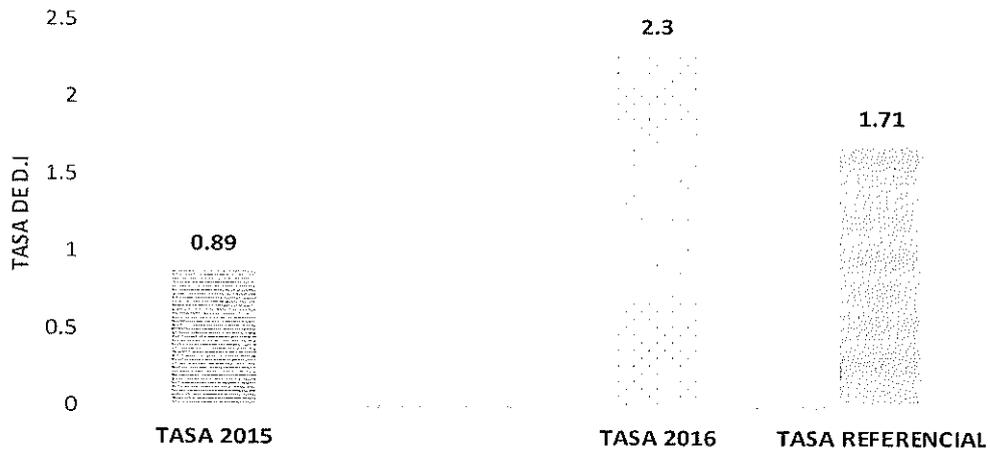


Grafico 6

INFECCION AL TORRENTE SANGUINEO POR CATETER VENOSO PERIFERICO EN UCI NEONATAL HCH 2016



En cuanto a las ITS, se encontró que en el 2016 el servicio de UCI neonatal duplicó los valores de sus tasa en relacion al 2015, y triplicó en relacion al promedio para el servicio en hospitales III-1. En la UCI adultos su tasa incrementó en 60% en relacion al 2015 y triplicó con respecto al promedio para el servicio en hospitales III-1. En UCI Pediatrica presntó tasas menores al 2015, encontrandose asi mismo muy por debajo a su promedio historico.

Las tasas de ITS atribuidas al uso de CVP en la UCI neonatal, mostraron valores muy por encima al del año 2015 y al promedio para el servicio en hospitales III-1. Esto requiere que se apliquen planes de mejora para el 2017. En las UCI Pediatrica y de adultos, se presentó una disminución significativa de las tasas de infección, pero aun hay que implementar planes de mejora para llegar a los valores de referencia nacional.

Grafico 7

INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA SEGUN SERVICIOS Y CIRUGIAS HCH 2016

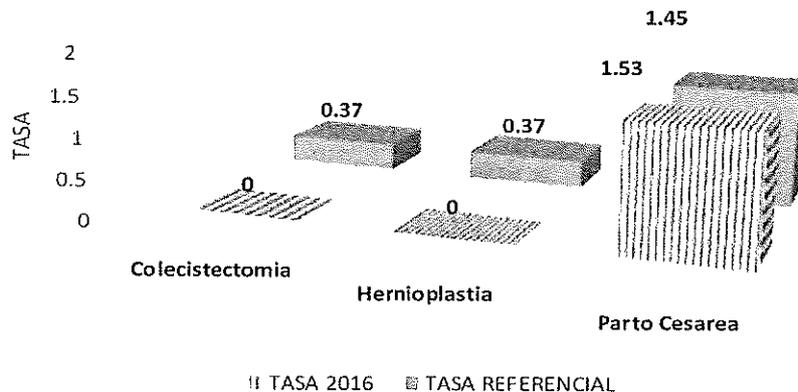
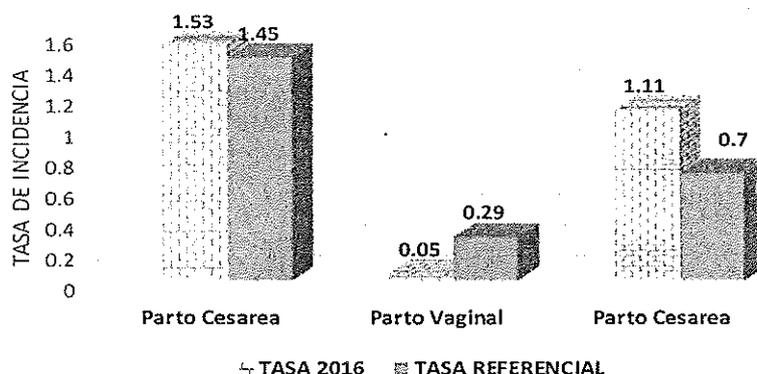


Grafico 8

**INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD EN
OBSTETRICIA HCH 2016**



No se presentaron casos de infecciones de herida operatoria (IHO) en cirugía, sin embargo esta podría deberse a las altas precoces que estas intervenciones presentan tanto en colecistectomía y en Hernioplastia.

Gineco obstetricia presentó en IHO una tasa menor que el 2015 pero ligeramente por encima del promedio referencial.

Endometritis en parto vaginal mostró una disminución sustancial con respecto al 2015 y al promedio referencial, sin embargo Endometritis en cesareas disminuyó frente a lo reportado en el 2015, pero aún se mantiene por encima de la tasa referencial.

El Servicio de Gineco Obstetricia presenta dos de las tres tasas por encima de los promedios referenciales para Hospitales III-1 por lo que deberá establecer planes de mejora para el 2017.

Experiencias de supervisiones anteriores:

1.1.1 Monitoreo de la técnica de higiene de manos

Esta se realiza a través de dos formas:

Medición de la adherencia de la Higiene de manos a través de la observación del cumplimiento en los cinco momentos (recomendado por la OPS), actividad que se realiza desde el año 2011 según un cronograma establecido, para su ejecución requirió la disponibilidad de observadores ocultos en los servicios intervenidos programando 200 oportunidades por servicio proporcionalmente distribuidos por categoría de trabajador (médicos asistentes, enfermeras, tec. de enfermería, obstetras y médicos residentes)

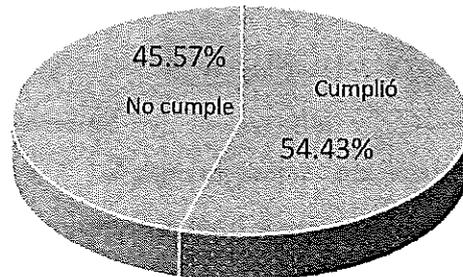
Sobre la supervisión de la higiene de manos en los servicios de cuidados críticos y de hospitalización, son visitados por un comité conformado por personal de las oficinas de Epidemiología, Calidad, el CIH y departamento de enfermería, quienes verifican el cumplimiento de los cinco momentos, la técnica de la higiene de manos con agua y jabón y con fricción a base de solución alcohólica, existencia de materiales e insumos para la higiene de



manos y conocimientos teóricos sobre esta técnica y existencia y conocimiento de la norma actualizada.

Grafico 9

ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS SEGUN LOS CINCO MOMENTOS DE LA ATENCION HCH NOVIEMBRE 2016

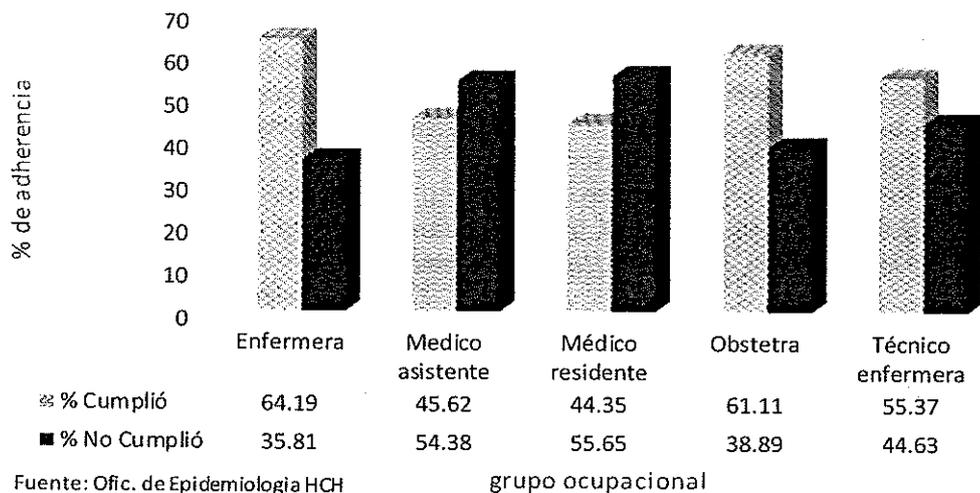


Fuente: Ofic. de Epidemiología y S.A HCH

Los servicios visitados fueron: Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, UCI medicina adultos, UCI quirúrgica, UCI emergencia, Centro Obstétrico, Obstetricia, UCI Pediátrica, Emergencia adultos, Emergencia de Pediatría cabe señalar, que las visitas para esta evaluación se realizaron previa coordinación con los Jefes de los diferentes servicios.

Grafico 10

Adherencia a la higiene de manos, según grupo ocupacional HCH- 2do semestre 2016



Cuadro 2

Semaforización de la Adherencia a la higiene de manos según servicios, HCH Noviembre 2016

Servicios	Frot. alcohol	Lavado manos	Omisión n	Total	% Cumplio	% No Cumplio
1 Obstetricia	19	8	75	102	26.47	73.53
2 Traumatología	79	8	215	302	28.31	71.19
3 Emergencia adultos	40	32	136	208	34.62	65.38
4 Ginecología	30	11	59	100	41.00	59.00
5 UCI Pediatría	14	33	64	111	42.34	57.66
6 Medicina Tropical	30	17	54	101	46.53	53.47
7 Medicina B	45	8	51	104	50.96	49.04
8 Sala Partos	17	44	54	115	53.04	46.96
9 Emergencia pediátrica	51	21	52	124	58.06	41.94
10 Neumología	40	38	55	133	58.65	41.35
11 Cirugía A	41	22	38	101	62.38	37.62
12 Pediatría II	38	26	38	102	62.75	37.25
13 Medicina A	54	9	37	100	63.00	37.00
14 UCI Neonatología	21	53	40	114	64.91	35.09
15 Cirugía B	50	27	27	104	74.04	25.96
16 UCI Emergencia	52	27	21	100	79.00	21.00
17 Pediatría I	61	22	17	100	83.00	17.00
18 UCI Medicina	62	24	17	103	83.50	16.50
19 UCI Quirúrgicos	72	19	9	100	91.00	9.00
Total general	816	449	1059	2324	54.43	45.57

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

1.2.2 Medición de la adherencia a la norma sobre uso de desinfectantes y antisépticos

En cumplimiento a la evaluación de las responsabilidades de implementación y supervisión de uso de desinfectantes y antisépticos, se establecieron tres indicadores trazadores iniciales para establecer un panorama general del uso de estas sustancias que pueden ser utilizadas como vehículos de transmisión de gérmenes, realizado por el equipo de trabajo de la OESA ha realizado la medición de la adherencia a la norma sobre uso de desinfectantes y antisépticos en servicios de hospitalización del HCH en el 2016

Metodología

No se comunicó a los trabajadores que iban a ser observados, pues esta práctica era nueva a estas áreas ya que siempre se acudía por otros motivos (vigilancia de la infección nosocomial, toma de muestras ambientales, inspecciones de higiene, etc.).

La medición se basó de una evaluación de entrevista y observación de aproximadamente 20-30 min de duración cada uno, en los que el personal de la OESA, se registraba la siguiente información:

1. En el coche de curaciones:



- a) Si los envases estaban rotulados: (Nombre, concentración, fechas de elaboración, fecha de vencimiento)
 - b) Presencia de envases oscuros
 - c) Presencia de envases tapados
2. En los depósitos (almacenes)
- a) Envases rotulados: (Nombre, concentración, fechas de elaboración, fecha de vencimiento)
 - b) Si existía la supervisión del personal de farmacia
 - c) Existencia de soluciones vencidas.

Resultados

- a) La norma interna sobre el uso de desinfectantes y antisépticos en el hospital no se viene aplicando
- b) Los jefes, supervisores y coordinadores del Departamento de Farmacia y de los servicios en que se realicen estos procedimientos, no vienen aplicando la supervisión de manera regular.
- c) Existen envases y frascos sin rotulación o tapas adecuadas.

Grafico 11

% DE FRASCOS ROTULADOS CON DENOMINACION Y FECHA DE VENCIMIENTO HCH, 2DO SEMESTRE 2016

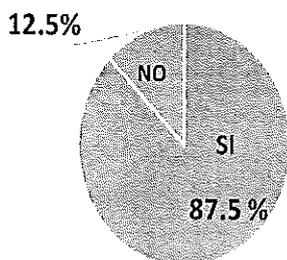


Grafico 12

% DE FRASCOS CON TAPA DE ENVASES HCH - 2DO SEMESTRE 2016

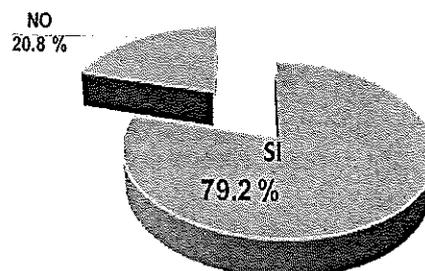


Grafico 13

% DE FRASCOS ROTULADOS ADECUADAMENTE EN DEPOSITOS TOPICO HCH-2DO SEMESTRE 2016

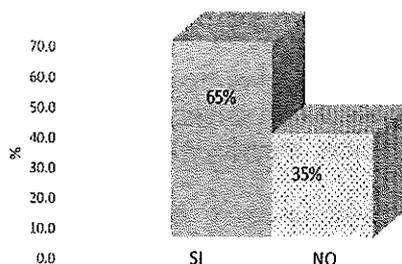
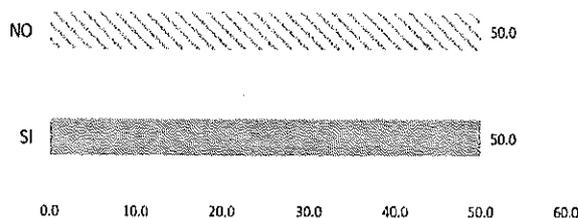


Grafico 14

% DE SOLUCIONES CON FECHA CADUCADA EN DEPOSITOS DE TOPICO HCH-2DO SEMESTRE 2016



III. PLAN DE SUPERVISION DE PRACTICAS ASISTENCIALES PARA LA PREVENCIÓN DE IAAS, 2017

1. OBJETIVO:

Disminuir las infecciones asociadas a la atención de salud en la población hospitalaria, mediante actividades preventivas promocionales, mejorando la calidad de atención en el hospital Cayetano Heredia en el 2017

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el porcentaje de cumplimiento de las normas generales de prevención y control de IAAS para cada procedimiento supervisado
- Determinar porcentaje de cumplimiento de pautas supervisadas según grupo ocupacional y servicio de hospitalización.
- Diseñar un plan de intervención en base a los problemas identificados.

2. RESPONSABILIDADES:

- ✓ La coordinación del presente plan estará a cargo del equipo de profesionales de la Unidad de Evaluación e Investigación Epidemiológica de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Cayetano Heredia
- ✓ Ejecución: a cargo de los profesionales del hospital, miembros del Comité de Supervisión a las Medidas de Prevención de las IAAS.
- ✓ Evaluación: lo realizarán en forma conjunta los profesionales de Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Cayetano Heredia y el Comité de IIH del Hospital Cayetano Heredia.

3. EQUIPO DE SUPERVISORES: Estará conformado por:

- Profesionales Médicos, Enfermeras, Obstetras,
- Internas de Enfermería en prácticas de pregrado.
- Médicos con especialidad en Infectología

4. REQUISITOS: Haber recibido el curso de capacitación en forma obligatoria sobre supervisión de medidas de prevención y control de las IAAS.

Curso de IAAS con 10 horas a más



5. NOMINA DE PROFESIONALES SUPERVISORES

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESION	SERVICIO /UNIDAD
1	Elsa Chura	Lic. Enfermería	Supervisora de Enfermería
2	Amelia Bautista	Lic. Enfermería	Neonatología
3	Ela Vitor	Lic. Enfermería	Central de Esterilización
4	Elia Cornelio	Lic. Enfermería	Epidemiología
5	Gloria Cisneros de Vega	Lic. Enfermería	Epidemiología
6	Lilia Soriano Hidalgo	Lic. Enfermería	Epidemiología
7	Aida Palacios Ramírez	Médico	Laboratorio Clínico
8	Sonia Pariona Pallin	Químico Farmacéutica	Farmacia
9	Frine Samalvides	Médico Infectólogo	Medicina Tropical
10	Coralith García	Médico Infectólogo	Medicina Tropical
11	Leslie Soto	Médico Infectólogo	Comité de IAAS
12	María Zorrilla	Enfermera	Supervisora de enfermería
13	Ray Ticse	Médico Epidemiólogo	Epidemiología
14	Maritza Suarez	Lic. Enfermería	Epidemiología
15	Marlene Huaylinos	Lic. Enfermería	Oficina de calidad



6. CALENDARIO DE CAPACITACION AL EQUIPO DE SUPERVISORES

FECHA	HORA	LUGAR	EXPOSITOR
15/05/2017	10:00 - 13:00	Auditorio de Cuerpo medico	Equipo OESA
17/05/2017	10:00 - 13:00	Auditorio de Cuerpo medico	Equipo OESA

7. SERVICIOS/UNIDADES A SUPERVISAR

1. Emergencia adultos y pediátrica	2. Central de Esterilización
3. UCI Medicina	4. Centro Quirúrgico
5. UCI Neonatal	6. Laboratorio Clínico
7. UCI Cirugía	8. Gastroenterología
9. UCI Emergencia	10. Oncología y Quimioterapia
11. UCI Pediátrica	12. Nutrición
13. Medicina Hospitalización	14. Hemodiálisis
15. Cirugía Hospitalización	16. Unidad Renal
17. Traumatología	18. Odontología
19. Centro Quirúrgico	20. Sala de Cesáreas
21. CETO	



8. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE LA SUPERVISIÓN:

Definiciones operacionales

- a. Evaluación:
Es la comparación de los objetivos con los resultados y la descripción de cómo dichos objetivos fueron alcanzados. Una evaluación nos indica qué está funcionando y qué no lo está, qué debemos mantener y qué debemos cambiar. Las evaluaciones constituyen una herramienta para tomar decisiones, pero ellas por sí solas no toman decisiones ni hacen los cambios.
- b. El Monitoreo: evalúa o juzga el Plan de manera continuada. Para un monitoreo efectivo se requiere identificar actividades esenciales y realizar un juicio continuo de las mismas. El monitoreo depende de los sistemas de información y de la observación para evaluar las actividades, constituyendo un procedimiento clave para apoyar el logro de los objetivos.
- c. La Supervisión: evalúa los logros del personal que intervienen en el Plan y la calidad de su trabajo. Determina si el desempeño de cada uno de los miembros del personal concuerda con su descripción de trabajo, identifica las necesidades de capacitación del personal, con el fin de mejorar el desempeño del personal.

Según la práctica asistencial a observar se efectuará la evaluación de la práctica y su cumplimiento según lo normado de acuerdo a lo siguiente:

- d. Observación directa: El supervisor visita los servicios asistenciales y aleatoriamente aplicará la pauta de observación.
- e. Indirecta: Revisión de la historia clínica de pacientes expuestos a factores de riesgo.
- f. Registros de dotación de insumos: Verificación de la dotación oportuna, en calidad y cantidad suficiente de materiales logísticos relacionados a la práctica.



PRÁCTICA A SUPERVISAR Y METODOLOGÍA A EMPLEAR

PRÁCTICAS A SUPERVISION	TIPO DE SUPERVISIÓN
Higiene de manos	Observación directa
	Encuesta de conocimientos
	Registro de dotacion de insumos
Aislamiento de pacientes	Observación directa
Uso del equipo de protección personal	Observación directa
Antisépticos y desinfectantes	Observación directa
Medidas comprobadas para la prevención de ITU x CUP	Revisión de documentos (Indirecta)
	Observación directa
Medidas comprobadas para la prevención de ITS x CVC o CPU	Revisión de documentos (Indirecta)
	Observación directa
Cirugía Segura	Revisión de documentos (Indirecta)
	Observación directa
Medidas comprobadas para la prevención de NEUMO x VM	Revisión de documentos (Indirecta)
	Observación directa
Medidas comprobadas para la prevención IHO en Cesareas	Revisión de documentos (Indirecta)
Proceso de esterilización	Técnica del Procedimiento (directa)
	Revisión de registros de los controles de procesos (Indirecta)
	Almacenamiento (directa)
Desinfección del alto nivel	Técnica adecuada (directa)
	Revisión de registros de los controles de procesos (Indirecta)
	Almacenamiento (directa)
Medidas de Aislamiento según vías de transmisión	Observación directa
Uso racional de antimicrobianos	Revisión de documentos (Indirecta)
Limpieza y desinfección de ambientes físicos	Observación directa
Manejo de residuos sólidos hospitalarios	Observación directa
Calidad del agua de consumo humano	Revisión de documentos (Indirecta)



INDICADORES A EVALUAR SEGÚN SERVICIOS

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	DOMINIO	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE DATOS	UMBRAL	AREAS DE APLICACIÓN
1	Porcentaje de cumplimiento de la Técnica de la higiene de manos	Proceso	N° de pautas aplicadas con 100% cumplimiento de la técnica de higiene de manos. /Número total de pautas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 80 – 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 59	Traumatología, Emergencia adultos y pediátrica, Medicina, Medicina Tropical, Cuidados intensivos adultos, neonatales y pediátricos, Pediatría, Gineco obstetricia, Sala de partos, Neumología, Cirugía
2	Porcentaje de cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos en la atención al paciente	Proceso	N° de momentos con 100% cumplimiento /Total de momentos observados	Lista de chequeo	valor óptimo: 80 – 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 59	Traumatología, Emergencia adultos y pediátrica, Medicina, Medicina Tropical, Cuidados intensivos adultos, neonatales y pediátricos, Pediatría, Gineco obstetricia, Sala de partos, Neumología, Cirugía
3	Porcentaje de conocimientos sobre higiene de manos	Proceso	N° trabajadores con conocimiento sobre higiene de manos /Total de trabajadores encuestados	Lista de chequeo	valor óptimo: 80 – 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 59	Traumatología, Emergencia adultos y pediátrica, Medicina, Medicina Tropical, Cuidados intensivos adultos, neonatales y pediátricos, Pediatría, Gineco obstetricia, Sala de partos, Neumología, Cirugía
4	Porcentaje de cumplimiento de medidas de aislamiento según vías de transmisión	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de uso de barreras de protección /total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 80 – 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 59	UCI adultos, Medicina, Emergencia adultos, Cirugía, Neumología, Medicina Tropical



INDICADORES A EVALUAR SEGUN SERVICIOS

INDICADOR	DESCRIPCION	DOMINIO	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE DATOS	UMBRAL	AREAS DE APLICACION
5	Porcentaje de cumplimiento con uso de Antisepticos y desinfectantes .	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de uso adecuado de antisepticos y desinfectantes /total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 80 – 100% valor aceptable 60-79% valor critico < 59	Medicina, Cirugia, Pediatría, Gineco obstetricia, Medicina Tropical, Traumatología, Neonatología, Neumología
6	Porcentaje de cumplimiento de las medidas comprobadas para la prevencion de ITU	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de insercion o mantenimiento en pacientes con acteter urinario permanente /total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 90 – 100% valor aceptable 75-89% valor critico < 74	Medicina A Y Medicina B
7	Porcentaje de cumplimiento de las medidas comprobadas para la prevencion de ITS	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de insercion o mantenimiento en pacientes con cateter venoso central o percutaneo /total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 90 – 100% valor aceptable 75-89% valor critico < 74	Cuidados intensivos adultos y neonatales
8	Porcentaje de cumplimiento de medidas comprobadas de prevencion de neumonia	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento del paquete de medidas de prevencion en pacientes con ventilacion mecanica /total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 90 – 100% valor aceptable 75-89% valor critico < 74	Cuidados intensivos adultos y neonatales



INDICADOR	DESCRIPCION	DOMINIO	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE DATOS	UMBRAL	AREAS DE APLICACIÓN
9	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos al paciente, en el momento de la cirugía .	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento del paquete de medidas de prevención infección de heridas operatorias en cesareas /total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 90 – 100% valor aceptable 75-89% valor crítico < 74	Gineco obstetricia
10	Prevenir trasmisión de germen mediante el uso correcto de la técnica de esterilización y desinfección de lato nivel en materiales, equipos, ropa e instrumental.	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento de la norma de esterilización y desinfección de alto nivel /total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 90 – 100% valor aceptable 75-89% valor crítico < 74	Central de esterilización, CETO, Odontología, Gastroenterología
11	Asegurar que la eficacia, tolerancia, efectos adversos y resistencia microbiana sea beneficiosa para el paciente y comunidad	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento en el uso racional de antimicrobianos /total de fichas aplicadas.	Lista de chequeo	valor óptimo: 80 – 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 59	Traumatología, Medicina, Cirugia, Medicina Tropical, Cuidados intensivos adultos.
12	Prevenir eventos adversos en pacientes intervenidos quirúrgicamente .	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento en cirugía segura /N° pacientes intervenidos	Lista de chequeo	valor óptimo: 90 – 100% valor aceptable 75-89% valor crítico < 74	SOP central, CETO, Sala de Gineco Obstetricia



INDICADORES A EVALUAR SEGÚN SERVICIOS

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	DOMINIO	NUMERADOR / DENOMINADOR	FUENTE DE DATOS	UMBRAL	AREAS DE APLICACIÓN
13	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos por el medio ambiente al paciente y trabajadores. Porcentaje de cumplimiento de limpieza hospitalaria con calidad	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento en limpieza hospitalaria / N° listas aplicadas	Lista de chequeo	valor óptimo: 80 – 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 59	Cirugía, Medicina, Gineco Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Cuidados Intensivos adultos, neonatales y pediátricos, medicina tropical, Neumología, Emergencia adultos y pediátricos, sala de partos, oncología, patología, Laboratorio, SOP, CETO, SOP GO, Odontología, Gastroenterología
14	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos por el medio ambiente al paciente, trabajadores y comunidad. Porcentaje de manejo adecuado de los residuos sólidos hospitalarios	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento en manejo adecuado de residuos sólidos hospitalarios / N° listas aplicadas	Lista de chequeo	valor óptimo: 80 – 100% valor aceptable 60-79% valor crítico < 59	Cirugía, Medicina, Gineco Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Cuidados Intensivos adultos, neonatales y pediátricos, medicina tropical, Neumología, Emergencia adultos y pediátricos, sala de partos, oncología, patología, Laboratorio, SOP, CETO, SOP GO, Odontología, Gastroenterología
15	Prevenir la transmisión de agentes infecciosos por agua al paciente y trabajadores. Porcentaje de cumplimiento en agua segura para consumo humano	Proceso	N° de fichas aplicadas con 100% cumplimiento en agua segura / N° listas aplicadas	Lista de chequeo	valor óptimo: 90 – 100% valor aceptable 75-89% valor crítico < 74	Tanques elevados, reservorios y puntos de salida en hospitalización, odontología, gastroenterología



CRONOGRAMA HCH AÑO 2017

PROCEDIMIENTO	SERVICIOS	MES												EQUIPOS			
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
HIGIENE DE MANOS (cinco momentos, técnica y conocimientos)	Traumatología, Emergencia adultos y pediátrica, Medicina, Medicina Tropical, Cuidados intensivos adultos, neonatales y pediátricos, Pediatría, Gineco-obstetricia, Sala de partos, Neumología, Cirugía						X							X			Lilia Soriano Leslie Soto Elsa Chura Aida Palacios Gloria Cisneros Amelia Bautista
MEDIDAS DE AISLAMIENTO SEGÚN VÍAS DE TRASMISIÓN	Neumología, Emergencia adultos, Emergencia Pediátrica, Laboratorio, Medicina, Medicina Tropical						X						X				Lilia Soriano Maritza Suarez Maria Zorrilla Aida Palacios
ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES	Medicina, Cirugía, Traumatología, Sala de Partos, Consultorio: oncologico, cirugía, Otorrino, Oftalmología, Topico.							X						X			Elia Cornelio Sonia Pariona Amelia Bautista Maria Zorrilla Leslie Soto Ela Vitor Elsa Chula
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ITU x CUP	Medicina A, Medicina B			X				X	X	X	X			X	X		Gloria Cisneros Lilia Soriano Janet Chavez
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ITS X CVC Y CATETER PERCUTANEO	Unidades de cuidados intensivos adultos y neonatal						X			X	X			X	X		Gloria Cisneros Lilia Soriano Janet Chavez



PROCEDIMIENTO	SERVICIOS	MES												EQUIPOS			
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE NEUMONIA POR VM	Unidades de cuidados intensivos adultos y neonatal					X	X	X	X	X				X			Gloria Cisneros Lilia Soriano Janet Chavez
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CESAREAS	Gineco obstetricia					X	X	X	X	X				X			Gloria Cisneros Lilia Soriano Janet Chavez
PROCESO DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL	Central de esterilización, Lavandería, CETO, Gastroenterología, Odontología					X							X				Ela Vitor Gloria Cisneros Elsa Chula Marlene Huaylinos
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS	Unidades de cuidados intensivos adultos y neonatal, Medicina Tropical, Medicina adultos, Traumatología, Cirugía						X							X			Corali Garcia Lilia Soriano Gloria Cisneros Elsa Chula Sonia Pariona
CIRUGIA SEGURA	Centro quirúrgico, CETO, Sala de Obstericia									X							Gloria Cisneros Ela Cornelio Corali Garcia Marlene Huaylinos
LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AMBIENTES FÍSICOS	Traumatología, Emergencia adultos y pediátrica, Medicina, Medicina Tropical, Cuidados intensivos adultos, neonatales y pediátricos, Pediatría, Gineco-obstetricia, Sala de partos, Neumología, Cirugía						X			X					X		Personal de Saneamiento ambiental (OESA)
MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	Banco de sangre, Oncología, Patología, Laboratorio, Odontología, Otorrino						X			X					X		Personal de Saneamiento ambiental (OESA)
CALIDAD DEL AGUA DE CONSUMO HUMANO	Tanques elevados, Cisternas, Puntos de salida en medicina, neonatología UCI adultos, UCI neonatal										X					X	Personal de Saneamiento ambiental (OESA)



PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

1. Los resultados serán trabajados en base de datos del SPSS vs. 21 y se presentaran en tablas y gráficos expresados en porcentajes de cumplimientos según sea la práctica observada.
2. Los servicios serán evaluados según los logros obtenidos de semestre a semestre o según sea la periodicidad de supervisión establecida al indicador determinado para el servicio.
3. El análisis y los informes finales se socializarán con los profesionales y jefaturas de cada servicio.
4. El informe se entregara a la Dirección General y al Comité de IIH semestralmente en los meses de Julio y diciembre y cada vez que amerite una intervención inmediata de la práctica asistencial, según lo señale la supervisión en proceso.



BIBLIOGRAFIA

1. Manual de Precauciones Estándar y Aislamiento, HOSLA 2013.
2. Manual de Técnica Aséptica. HOSLA 2012.
3. Manual de aislamiento hospitalario, Ministerio de Salud, Proyecto VIGIA, año 2003
4. Manual de Prevención de Infecciones Asociadas a Procedimientos Invasivos. HOSLA. 2012.
5. Norma Técnica N° 124 de los programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) MINSAL Chile, 2011
6. CDC/NHSN: Surveillance Definition of Healthcare- Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting.2013
7. Ministerio de Salud, Dirección general de epidemiología .Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. Año 2004 Lima Perú.
8. Normas prevención y control de infecciones intrahospitalarias, hospital de niños Roberto del Río comité infecciones intrahospitalarias servicio de salud metropolitano versión 3. año 2014
9. CDC, (2002). "Guideline for hand in Health-Care Setting". Vol 51.N°16.
10. Normas de antisépticos y desinfectantes, Hospital Van Bouren Valparaiso, 1993.
11. La garantía de calidad, el control de las I.IH., Guía APIC, OPS. 1993
12. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidencia 2006; Complejo Hospitalario de Jaén
13. Dirección de Enfermería de Pablo Casas M, Penas Ríos JL.: Guía para la prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con catéteres intravenosos. [en línea] [fecha de consulta]. Disponible en www.meiga.info/guias/Cateteres.asp



ANEXOS

Pautas de supervisión de prácticas asistenciales para la prevención y el control de las IAAS

FICHA N° 1: OBSERVACION DE LOS MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS

Centro:	Número de periodo*:	Número de sesión*:	
Servicio:	Fecha: (dd/mm/aa)	/ /	Observador: (iniciales)
Departamento:	Hora de inicio/fin: (hh:mm)	/ /	N° de página:
País:	Duración sesión: (mm)		Ciudad**:

Cat. prof			Cat. prof			Cat. prof			Cat. prof		
N°	Indicación	Acción de HW									
1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes
2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes
3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes
4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes
5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes
6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes
7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes
8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. 1.asept. <input type="checkbox"/> desp. cfc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent. pc.	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM ○ omisión - guantes



FICHA N° 2

LISTA DE VERIFICACION DE LA TECNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABON

Servicio: _____ Código: _____ Profesión: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Años de servicio: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Turno: _____

N° Camas _____ N° Pacientes _____

ACTIVIDADES		SI	NO	OBSERVACIONES
	Se moja las manos con agua corriente.			
1	Se aplica jabón para cubrir la superficie de la mano.			
2	Se frota las palmas con palma			
3	Se frota la palma con dorso y viceversa			
4	Frotacion de interdigitales			
5	Se frota las palmas de las manos con los dedos entrelazados.			
6	Se frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, rotándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.			
7	Se frota la punta de los dedos de la mano contra la palma de la haciendo un movimiento de rotación y viceversa.			
8	Se enjuaga las manos con agua.			
9	Se Seca con una toalla descartable.			
10	Utiliza el papel toalla para cerrar el grifo.			
Duracion		40-60 Seg		
TOTAL				%



FICHA N° 3

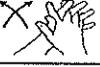
LISTA DE VERIFICACION DE LA TECNICA DE HIGIENE DE MANOS CON SOLUCION ALCOHOLICA

Servicio: _____ Código: _____ Profesión _____

Sexo: _____ Edad: _____ Años de servicio: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Turno: _____

N° Camas _____ N° Pacientes _____

	ACTIVIDADES		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Deposita en la palma de la mano una cantidad de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.				
2	Se frota las palmas con palma				
3	Frota la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.				
4	Frota las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados.				
5	Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta.				
6	Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo rotándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.				
7	Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.				
DURACION		20-30 Seg			
TOTAL					%



FICHA N° 4

FICHA DE SUPERVISION DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES PARA LA HIGIENE DE MANOS

SERVICIO:

PUNTO DE ATENCIÓN:

FECHA:

HORA:

N°	ITEM	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El servicio o punto de atención cuenta con lavadero de manos funcionando adecuadamente.				
2	El servicio o punto de atención cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado				
3	El lavadero destinado al lavado de manos es exclusivo para dicho uso				
4	El servicio o punto de atención cuenta con dispensador y con jabón líquido para el lavado de manos				
5	El servicio o punto de atención cuenta con dispensador y con papel toalla para el secado de manos				
6	El servicio o punto de atención cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos				
7	El servicio o punto de atención cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos y esta accesible para su uso				
8	El servicio o punto de higiene de manos cuenta con material educativo que ilustra la técnica de higiene de manos				
9	En el servicio se observa material educativo-recordatorio de la higiene de manos				
10	Existe en el servicio alguna disposición que restringe la adecuada y oportuna higiene de manos.				
PUNTUACION OBTENIDA					

COMENTARIO DEL TRABAJADOR RESPECTO A LA DOTACION DE INSUMOS EN SU SERVICIO EN LA ULTIMA SEMANA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO SUPERVISOR:



FICHA N° 5

INSTRUMENTO DE SUPERVISION DE HIGIENE DE MANOS

SERVICIO SUPERVISADO:.....

FECHA:...../...../.....

EQUIPO SUPERVISOR:

N°	ASPECTO A SUPERVISAR	FUENTE DE VERIFICACION	CUMPLE		VALOR
			SI	NO	
1	El servicio cuenta con la Directiva de Higiene de manos del Hospital Cayetano Heredia.	Documento "Directiva de Higiene de manos del Hospital Cayetano Heredia"			
2	El servicio dispone de información referente a la adherencia a la higiene de manos del personal de dicho servicio proporcionado por la OESA.	Reporte de adherencia a la higiene de manos del primer semestre proporcionado por la OESA			
3	El servicio cuenta con disponibilidad de insumos para la Higiene de manos (stock mínimo) .	Verificar la existencia de un mínimo de stock de insumos (jabon, papel toalla, alcohol gel)			
4	El servicio cuenta con registro de control de consumo insumos de higiene de manos	Registro de consumo de insumos correspondiente a este año.			
5	Se observa que el personal de salud se realiza la higiene de manos de forma espontánea.	Observar a un miembro de cada grupo ocupacional (considerar si cumple si por lo menos un trabajador de cada grupo ocupacional lo debe realizar).			
6	El personal de salud no hace uso de joyas, uñas postizas u otro elemento que impida la adecuada higiene de manos.	Observar a un miembro de cada grupo ocupacional y considerar si cumple si por lo menos un trabajador no hace uso de joyas o postizo.			
7	El personal de salud presenta uñas cortas y sin uso de productos cosmeticos.	Observar y no considerar que si cumple si por lo menos un trabajador tiene las uñas largas o con esmalte .			
8	El personal muestra satisfacción y actitud positiva referente a la practica de la higiene de manos	Observar la actitud que muestra el personal del servicio respecto a la higiene de manos.			

VALORACIÓN: Si cumple equivale a 1 punto, No cumple equivale a 0 puntos.

SATISFACTORIO: = ó > de 7 puntos

ACEPTABLE: de 5 a 6 puntos,

DEFICIENTE: = ó < de 4 puntos



FICHA N° 6

FICHA DE SUPERVISION DE CONOCIMIENTOS DE HIGIENE DE MANOS EN PERSONAL DE SALUD

SERVICIO:

PROFESION:

SEXO:

EDAD:

FECHA :

HORA:

N°	ITEM	de acuerdo	en desacuerdo	no sabe	Comentarios del trabajador respecto a la práctica de la higiene de manos
1	La higiene de manos se refiere solo a cualquier acción de limpieza de las manos				
2	El tiempo empleado para realizar la higiene de manos tiene poca importancia. lo importante es contar con un buen antiséptico.				
3	En el lavado de manos se aplica un antiséptico para manos para reducir o inhibir la propagación de microorganismos sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjugado o secado con toallas u otros artículos				
4	La Solución base alcohólica (líquido, gel o espuma) ha sido formulado para ser aplicado en las manos a fin de reducir la proliferación de microorganismos				
5	La higiene de las manos solo puede realizarse lavándolas con agua y jabón				
6	Usando la técnica y el producto adecuado, las manos quedan libres de contaminación potencialmente nociva y segura para la atención al paciente.				
7	Es necesario lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas.				
8	Las acciones de higiene de las manos tienen más eficacia cuando la piel de las manos se encuentra libre de cortes, las uñas son naturales, cortas y sin esmalte y las manos y los antebrazos no tienen joyas y están al descubierto				
PUNTUACION OBTENIDA					TOTAL:

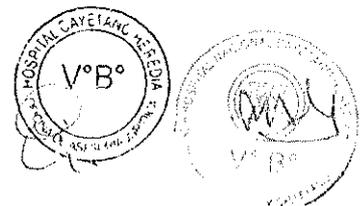
VALORACION

SATISFACTORIO: = ó > 8 PUNTOS

ACEPTABLE: = ó > 5 PUNTOS

DEFICIENTE: = ó < 4 PUNTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO SUPERVISOR:



FICHA N° 7

SUPERVISION DE HIGIENE DE MANOS EN SERVICIOS HOSPITALARIOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA							
EQUIPO SUPERVISOR:				SERVICIOS SUPERVISADOS			
N°	ASPECTO A SUPERVISAR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA →				
1	Calificación de la observación de los cinco momentos de la Higiene de manos	Observación 1 medico, 1 enfermera, 1 tec de enfermería	medico				
			enfermera				
			tec. enfermería				
			total				
2	Calificación de la observación de la técnica de Higiene de manos	Observación 1 medico, 1 enfermera, 1 tec de enfermería	medico				
			enfermera				
			tec. enfermería				
			total				
3	Calificación promedio en el test de conocimientos sobre higiene de manos	Test de conocimientos de la higiene de manos en todos los grupos ocupacionales	medico				
			enfermera				
			tec. enfermería				
			total				
4	Calificación de la disponibilidad de insumos y materiales para la higiene de manos	Observación de total de ambientes cuentan con dispensadores operativos (funcionan y tienen alcohol gel, jabón, papel toalla) para la higiene de manos.	>71% =3 entre 40-79%=2 entre 10-39%=1				
			total				
TOTAL GENERAL							



FICHA N° 8

PAUTA DE SUPERVISIÓN DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO SEGÚN VÍA DE TRANSMISIÓN AEREA

AISLAMIENTO POR VIA DE TRASMISION AEREA				
SERVICIO.....				
NOMBRE Y APELLIDOS				
CAMA				
CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. El paciente tiene habitación individual o se encuentra en cohorte.				
2. Se implemento el acceso restringido.				
3. El trabajador hace uso de mascarilla N95 al entrar a la habitación.				
4. EL paciente usa mascarilla quirúrgica.				
5. El trabajador realiza la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y la unidad.				
6. La desinfeccion ambiental se realiza con alcohol 70% o solución de cloro 0,5%.				
7. SE desinfectar material de uso compartido, cada vez que se utiliza				
8. Existe señalización visible de "Precaución por Vía Aérea"				
TOTAL PUNTAJE				
% CUMPLIMIENTO = 8-100%				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				



FICHA N° 9

AISLAMIENTO POR VIA DE TRASMISION POR GOTITAS				
SERVICIO.....				
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE...				
CAMA				
CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. El paciente tiene habitación individual o cohorte con distancia entre las camas mayores a 1 m.				
2. Los trabajadores realizan la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y después de tener contacto con la unidad				
3. Los trabajadores hacen uso de mascarilla quirúrgica (si se va a estar a menos de un metro del paciente)				
4. Los trabajadores hacen uso de gafas (si se va a estar expuesto a salpicaduras de secreciones).				
5. Se realiza la desinfección de superficies con alcohol 70% o solución de cloro 0,5%				
6. Se realiza la desinfección del material de uso compartido, cada vez que se utilice				
7. Existe señalización visible de "Precaución por Gotitas"				
TOTAL				
% CUMPLIMIENTO 7 =100%				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				



FICHA N° 10

AISLAMIENTO POR VIA DE TRASMISION POR CONTACTO.				
SERVICIO.....				
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE...				
CAMA				
CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. El paciente cuenta con habitación en cohorte o sala con distancia entre las camas mayores a 1 m.				
2. El trabajador realiza la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y la unidad.				
3. El trabajador usa de delantal en caso de exposición a salpicaduras y al atender pacientes colonizados con MOMR.				
4. El trabajador realiza usa guantes: ✓ Al manipular fluidos altamente contaminados. ✓ Al atender pacientes colonizados o infectados con MOMR. ✓ Cuando el personal tenga erosiones en las manos.				
5. El trabajador realiza higiene de manos después de retirar guantes.				
6. Se realiza la desinfección de superficies con alcohol 70% o solución de cloro 0,5%.				
7. Se desinfecta el material de uso compartido, cada vez que se utiliza.				
8. Se implementa la señalética que indique "PRECAUCIONES POR CONTACTO"				
TOTAL				
% CUMPLIMIENTO 8=100%				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				



FICHA N° 11

PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CESAREAS				
SERVICIO.....				
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE...				
CAMA				
	FECHA		FECHA	
CRITERIOS	SI	NO	SI	NO
1. La administración de profilaxis esta registrada en la historia clínica				
2. El antimicrobiano administrado corresponde a la norma del servicio				
3. La dosis administrada corresponde a la norma del servicio				
4. La vía administrada corresponde a la norma del servicio				
5. La Hora administrada va de acuerdo a la norma del servicio				
TOTAL				
% DE CUMPLIMIENTO 5=100%				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				



FICHA N° 12

USO DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES				
OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento del Uso de antisépticos y desinfectantes				
SERVICIO:				
CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
CAPACITACION				
1. Se elaboro reuniones de capacitacion para el personal en el uso de desinfectantes?				
2. ¿Existen registros de capacitación del personal del área en uso de desinfectantes?				
MANEJO EN SERVICIOS				
3. El recipiente del desinfectante conserva su rótulo de identificación.				
4. El rótulo contiene la fecha y hora de preparación				
5. Se encuentra vigente según fecha de vencimiento				
6. Los embases en uso estan tapados				
7. Los embases se encuentran limpios				
8. Utiliza elementos de protección personal para el manejo del producto				
9. Se atienden las quejas de reacciones adversas del personal, frente al manejo de los desinfectantes.				
ALMACENAMIENTO				
10. ¿La temperatura del sitio de almacenamiento es la recomendada por el fabricante? (Verifique en la etiqueta del desinfectante)				
11. El área se encuentra iluminada?				
12. Los desinfectantes se encuentran ubicados en anaqueles, estantes o su equivalente				
13. El área donde se prepara y usa el desinfectante se encuentra en buenas condiciones de ventilación				
desinfectante conserva su etiqueta o rótulo de identificación				
15.El envase del desinfectante conserva su etiqueta de identificación				
16.Fecha de activación o preparación del desinfectante está registrada				
17.La fecha de activación o preparación del desinfectante está vigente				
18. Los envases están cerrados herméticamente				
TOTAL				
% DE CUMPLIMIENTO 18= 100%				
Observaciones				
Nombre de supervisores				



FICHA N° 13

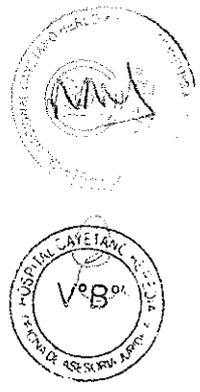
PRECAUCIONES ESTANDAR				
OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de las Precauciones estándar				
SERVICIO:				
CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. Higiene de manos				
2. Usa Guantes de trabajo al contacto con fluidos de alto riesgo				
3. Cambia guantes entre paciente y paciente				
4. Usa mascarilla				
5. Usa lentes en riesgo de salpicaduras o aerosoles				
TOTAL				
% DE CUMPLIMIENTO 5= 100%				
Observaciones				
Nombre de supervisores				



FICHA N° 14

SUPERVISION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCION AL TRACTO URINARIO EN PACIENTES CON CATETER URINARIO - HCH

SERVICIO																				
FECHA DE SUPERVISION																				
APELLIDOS DEL PACIENTE																				
CAMA																				
N°																				
ASPECTO A SUPERVISAR																				
1	Cuenta con fichas de inserción																			
	Cuenta con fichas de mantenimiento																			
2	Se evalúa diariamente la necesidad de retiro de la sonda																			
3	Mantiene la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga todo el tiempo. No apoya la bolsa en el piso																			
4	La bolsa colectora de orina no sobrepasa las 3/4 partes de su capacidad																			
5	Se encuentra fijada el CUP y mantiene el flujo urinario continuo y sin obstrucciones																			
6	Se realiza el lavado de manos y hace uso de guantes de trabajo por cada paciente , durante la manipulación del sistema de drenaje del catéter.																			
PUNTUACION OBTENIDA																				
% DE CUMPLIMIENTO 6=100%																				
observaciones																				
Nombre del Supervisor:																				



FICHA N° 15

INSTRUMENTO DE SUPERVISION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS NEUMONIAS EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA											
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA											
SERVICIO											
APELLIDOS DEL PACIENTE											
CAMA											
FECHA DE SUPERVISION											
N°	ASPECTO A SUPERVISAR										
1	Posición semi incorporada de la cabecera de la cama (30-45°)										
	Evaluación del destete del ventilador mecánico										
2	Lavado de manos antes y después de manipular la vía aérea o los circuitos respiratorios: utilizando solución alcohólica o jabonosa.										
3	Técnica de aspiración de secreciones y manejo de fluido contaminado										
4	Higiene oral con clorhexidina por turno: se utiliza clorhexidina 0,12%.										
5	Monitorización de la presión del globo de neumatoponamineto. Se considera presión óptima 20-30cm H2O.										
6	Aspiración subglótica continua. Por turno.										
PUNTUACION OBTENIDA											
% DE CUMPLIMIENTO 6-100%											
observaciones											
Nombre del Supervisor:											



FICHA N° 16

SUPERVISION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCION AL TORRENTE SANGUINEO
EN PACIENTES CON CATETER VENOSO CENTRAL - HCH

SERVICIO	FECHA DE SUPERVISION	APELLIDOS DEL PACIENTE	CAMA	N°	ASPECTO A SUPERVISAR															
				1	Existe evidencia de higiene de manos antes y después de la inserción del CVC?															
					Existe evidencia de uso de medidas de protección en la inserción del CVC															
				2	Vena utilizada es la subclavia?															
				3	Existe evidencia de evaluación de retiro del CVC en forma diaria?															
				4	Se realiza la higiene de manos antes de manipular catéteres y luego de contacto con secreciones provenientes del catéter															
				5	Limpia el punto de inyección con alcohol al 70% antes de acceder al sistema?															
				6	Se cambian los equipos, alargaderas y conectores sin aguja con una frecuencia no superior a 72 horas															
					PUNTUACION OBTENIDA															
					% DE CUMPLIMIENTO	6=100%														
					observaciones															
					Nombre del Supervisor:															



FICHA N° 17

SUPERVISION DE DESINFECCION DE ALTO NIVEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO SUPERVISADO:.....

N°	ASPECTO A SUPERVISAR	FUENTE DE VERIFICACION	fechas				
1	Cuentan con norma actualizada de desinfeccion de alto nivel (DAN) y se encuentra accesible al trabajador	Documentaria					
2	Existe evidencia de la capacitacion al personal que realiza la desinfeccion de alto nivel	Documentaria					
3	Hace uso de Equipos de proteccion personal (EPP): guantes, madilon, lentes protectores, mascarillas).	Observar un procedimiento de limpieza y desinfeccion de alto nivel por servicio					
4	Aspira el endoscopio						
5	Realiza el lavado por arrastre						
6	Se sumerge en detergente enzimatico y lo introduce por todos los canales.						
7	Sumerge el equipo en el desinfectante haciendolo pasar por todos los canales						
8	Mantiene sumergido el endoscopio por 15 minutos y lo controla con cronometro						
9	Enjuaga con abundante agua destilada esteril por todos los canales						
10	Utiliza conteedores esteriles de uso exclusivo para enjuagar						
11	El desinfectante activado tiene fecha de vencimiento						
% DE CUMPLIMIENTO 11=100%							
CALIFICACION CUALITATIVA							
observaciones							
Nombre del Supervisor:							



FICHA N° 18

SUPERVISION DEL USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN SERVICIOS HOSPITALARIOS -
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

EQUIPO SUPERVISOR:

N°	ASPECTO A SUPERVISAR	FUENTE DE VERIFICACION	FECHA →	SERVICIOS SUPERVISADOS			
1	Existe un protocolo de uso racional de antimicrobianos y esta accesible en el servicio	Revisión documental					0
2	Personal fue entrenado en uso de antimicrobianos de uso restringido en los últimos 2 años	Entrevista					
3	Conocen el flujograma de autorización para uso de antimicrobianos de uso restringido	Entrevista					
4	Las indicaciones de antimicrobianos de uso restringidos fueron autorizados	revisión documental (recetas en farmacia)					0
5	Las indicaciones de antimicrobianos de uso restringidos fueron supervisados luego de la autorización	revisión documental (historia clínica)					0
TOTAL GENERAL							0
							0
							0
observaciones							



FICHA N° 19



HOSPITAL GENERAL DE CAYAMBE
CALLE DE LA LIBERTAD Y CALLE DE LA UNIÓN

FICHA DE INSPECCIÓN DEL ALMACÉN DE INSUMOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS AMBIENTES FÍSICOS HOSPITALARIOS DEL HCH

ÁREA INSPECCIONADA: HORA: FECHA:/..../..

N°	AMBIENTE DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE INSUMOS DE LIMPIEZA	SI	NO	OBSERVACIONES
1	ALMACENAMIENTO			
1.1	Se cuenta con un ambiente para el almacenamiento y acondicionamiento de los productos químicos			
1.2	Los productos se acondicionan correctamente			
1.3	Se almacenan los productos químicos peligrosos agrupando los que tienen riesgos comunes y evitando la proximidad de los incompatibles			
1.4	Está correctamente ventilada el área de almacenamiento, sea por tiro natural o forzado			
1.5	Centro del almacén se evita trasvasar productos por vertido libre			
1.6	El almacenamiento se encuentra señalizado			
1.7	Está prohibido el ingreso de personal no autorizado			
2	PRODUCTO QUÍMICO			
2.1	Se cuenta con inventario de productos químicos			
2.2	Existen productos químicos nuevos o NO listados			
2.3	Están suficientemente identificados y correctamente señalizados todos los productos peligrosos			
2.4	Los contenedores ofrecen suficiente resistencia física o química los envases de almacenamiento de sustancias peligrosas			
2.5	Todos los productos químicos se encuentran cerrados y asegurados			
2.6	Los productos químicos cuentan con el Registro de DIGESA			
2.7	Se dispone de las fichas de seguridad dentro del almacén de todos los productos peligrosos que se utilizan			
3	MANIPULACIÓN			
3.1	Se cuenta con un responsable del almacén de productos químicos			
3.2	El personal conoce los riesgos que existe en la manipulación de estos productos químicos y están formados en la aplicación de métodos de trabajo seguro			
4	PLAN DE CONTINGENCIAS			
4.1	Se cuenta con un Plan de Contingencia para el manejo de los productos químicos			
4.2	Está asegurada la retención en la zona de almacenamiento, en caso de derrame de producto químicos			
4.3	Se dispone de medios específicos para la neutralización y control de derrames			
4.4	Se cuenta con extintor contra incendios para el almacén			



N°	AMBIENTE DE DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS DE LIMPIEZA			
1	ALMACENAMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1.1	Se cuenta con un ambiente para la preparación y distribución de las mezclas de productos químicos			
1.2	Los productos se acondicionan correctamente			
1.3	El ambiente se encuentra señalizado			
2	PRODUCTO QUÍMICO	SI	NO	OBSERVACIONES
2.1	Cada producto se encuentra rotulado			
2.2	Se dispone de las fichas de seguridad dentro del almacén de todos los productos peligrosos que se utilizan			
2.3	Los contenedores ofrecen suficiente resistencia física o química los envases de almacenamiento de sustancias peligrosas			
2.4	Todos los productos químicos se encuentran cerrados y asegurados			
3	MANIPULACIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
3.1	Se cuenta con un responsable de las mezclas y la distribución de insumos			
3.2	El personal encargado conoce las mezclas y la preparación de los insumos			
3.3	El personal cuenta con los EPP necesarios para la preparación			
3.4	Se cuenta con embudo para la distribución de productos químicos			

COMENTARIOS

Responsable de Área Inspeccionada
FIRMA

COMENTARIOS

Responsable de Epidemiología y Salud Ambiental
FIRMA

COMENTARIOS

Responsable de Farmacia
FIRMA



FICHA N° 20

N°		SITUACIÓN O ASPECTO EVALUADO	CUMPLE		OBSERVACIONES
			SI	NO	
1.- DEL PERSONAL DE LIMPIEZA					
1.1		El personal se encuentra en el servicio(s) asignado(s), realizando sus tareas de limpieza y desinfección.			
1.2		El personal cuenta con uniforme de trabajo limpio, en buen estado de conservación.			
1.3		El personal porta su carné de identificación.			
1.4		El personal hace uso del EPP de acuerdo a la actividad o al servicio en el cual se encuentra.			
2.- DEL SERVICIO U OFICINA					
2.1		Los pisos, paredes y ventanas (superficies verticales y horizontales) se encuentran limpias y desinfectadas.			
2.2		Se realiza la limpieza en húmedo, de acuerdo a normativa, con los materiales e insumos adecuados.			
3.- DE LOS SERVICIOS HIGIENICOS DE LOS PACIENTES					
3.1		Los pisos, paredes, puertas y ventanas, se encuentran limpios, desinfectados y matizados.			
3.2		Los inodoros están limpios y cuentan con contenedor con bolsas rojas para residuos biocontaminados.			
3.3		Las duchas están limpias, sin charcos de agua ni restos de útiles de aseo y listos para su uso.			
3.4		Los lavaderos de manos se muestran limpios, libre de objetos extraños.			
3.5		El lavadero de manos cuenta con jabón líquido y papel para la higiene de manos.			
4.- DE LOS SERVICIOS HIGIENICOS DEL PERSONAL					
4.1		Los SSHH DE PERSONAL (pisos, paredes, puertas y ventanas) se encuentran limpios, desinfectados y matizados.			
4.2		Los inodoros están limpios y cuentan con contenedor con bolsas negra para residuos comunes.			
4.3		Las duchas están limpias, sin charcos de agua ni restos de útiles de aseo y listos para su uso.			
4.4		Los lavaderos de manos se muestran limpios, libre de objetos extraños.			
4.5		El lavadero de manos cuenta con jabón líquido y papel para la higiene de manos.			
5.- DE LOS MATERIALES E INSUMOS					
5.1		El área de almacenamiento de artículos de limpieza se muestra limpia, ordenada y con fascos cerrados.			
5.2		Se cuenta con: mechones, mopas, fanelas, recogedores, espátula, detergente, desinfectantes y baldes de dos colores.			
5.3		Los equipos y materiales de limpieza se encuentran en adecuadas condiciones de conservación e higiene.			
6.- DE LA PRESENCIA DE LOS VECTORES					
6.1		Se observa la presencia de restos de alimentos, excrementos de vectores (insectos, roedores, aves, etc).			
7.- DE LAS VIAS DE EVALUACIÓN					
7.1		El área se encuentra despejada y libre de objetos ajenos a las funciones del servicio u oficina.			
8.- DE LA CAPACITACIÓN					
8.1		El personal conoce y realiza las técnicas de limpieza hospitalaria.			
8.2		El personal conoce los insumos a utilizar así como sus concentraciones.			
SUPERVISOR			RESPONSABLE DE TURNO		



FICHA N° 21

				HOSPITAL CAYETANO HEREDIA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
LISTA N°1 DE VERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA				
SERVICIO:.....		FECHA:...../...../.....		
PUNTAJE: Si=1 punto; No=0 punto; Parcial=0.5 punto; NA X				
ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	SITUACIÓN			
	Si cumple	Parcialmente cumple	No cumple	No aplica
GENERACIÓN Y ALMACENAMIENTO PRIMARIO				
1. Acondicionamiento				
1.1. El servicio cuenta con el tipo y cantidad de recipientes.				
1.2. Los contenedores cuentan con rótulos.				
1.3. Los contenedores cuentan con bolsas de colores según el tipo de residuos a eliminar (residuo común: negro, biocontaminante: rojo, residuo especial: amarillo).				
1.4. Dicha bolsa debe estar doblada hacia el exterior recubriendo los bordes del recipiente con tachos higienizados.				
1.5. Para el material punzocortante se cuenta con recipientes rígidos especiales.				
1.6. Los recipientes rígidos <u>están rotuladas</u> y bien ubicados de tal manera que no se voltee o caiga y se ubique cerca a la fuente de generación.				
1.7. Se cuenta con un área exclusiva para el almacenamiento intermedio.				
2. Segregación y almacenamiento primario				
2.1. Se elimina los residuos biocontaminados en bolsa roja				
2.2. Se elimina los residuos especiales en bolsa amarillas				
2.3. Se elimina los residuos comunes en bolsa negra				
2.4. Se elimina los residuos reciclables en bolsa verde				
2.5. Otros tipos de residuos punzocortantes (vidrios rotos), se empaquen en papeles o cajas debidamente sellados.				
3. Transporte y Recolección Interna				
3.1 El personal de limpieza recoge los residuos de acuerdo a la frecuencia de generación del servicio o cuando el recipiente está lleno hasta los 2/3 de su capacidad.				
3.2 El personal de limpieza tiene y hace uso del EPP respectivo: Ropa de trabajo, guantes, mascarilla de tela y				
3.3 Las bolsas cerradas se sujetan por la parte superior y se mantienen alejadas del cuerpo durante su traslado, sin arrastrarlas por el suelo.				
3.4 Los contenedores rígidos se recogen de acuerdo: frecuencia de generación/cuando el recipiente está lleno hasta los 3/4 de su capacidad/48 horas como máximo.				
OBSERVACIONES:				
Realizado por:		Firma:		



FICHA N° 22



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

LISTA N°2 DE VERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO:..... FECHA:...../...../.....

PUNTAJE: Si=1 punto; No=0 punto; Parcial=0.5 punto; NA X

ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	SITUACIÓN			
	Si cumple	Parcialment e cumple	No cumple	No aplica
ALMACENAMIENTO INTERMEDIO				
1. Acondicionamiento				
1.1. El almacenamiento intermedio cuenta con la infraestructura indicada de acuerdo a la legislación vigente: (paredes y piso lavable, drenaje, puerta, iluminación, etc).				
1.2. Cuenta con contenedores adecuados y cantidad necesaria para almacenar los residuos generados en los servicios.				
1.3. Los contenedores cuentan con bolsas adecuadas según el residuo (rojo, amarillo o negro) y bien colocadas.				
1.4. Los contenedores cuentan con el rotulo adecuado de acuerdo al tipo de residuo.				
1.5. El almacenamiento intermedio y los contenedores estan higienizados y no emiten olores.				
1.6. El almacenamiento intermedio cuenta con ficha de control de higiene y recojo.				
2. Transporte y Recolección Interna				
2.1 El evacuador recoge los residuos de acuerdo al cronograma de recojo el cual no debe pasar los 3/4 de su capacidad.				
2.2 El evacuador tiene y hace uso del EPP respectivo: Ropa de trabajo, guantes, mascarilla de tela y calzado antideslizante.				
2.3 Las bolsas cerradas se sujetan por la parte superior y se mantienen alejadas del cuerpo durante su traslado , sin arrastrarlas por el suelo.				
2.4 El transporte de los residuos se realiza por las rutas y horarios establecidos.				
2.5 Los residuos de alimentos se trasladan directamente al almacenamiento final según sus rutas y el horario establecido SIN DESTINARLO para otros usos.				
2.6 El uso de los ascensores, el uso de estos es exclusivo durante el traslado de los residuos de acuerdo al horario establecido y son desinfectados despúes de su uso.				
2.7. El evacuador realiza el llenado de la ficha despues de la higienización y el recojo de los residuos.				
OBSERVACIONES:				
Realizado por:		Firma:		



FICHA N° 23



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

LISTA N°2 DE VERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO:.....

FECHA:...../...../.....

PUNTAJE: Si=1 punto; No=0 punto; Parcial=0.5 punto; NA X

ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	SITUACIÓN			
	Si cumple	Parcialment e cumple	No cumple	No aplica
ALMACENAMIENTO INTERMEDIO				
1. Acondicionamiento				
1.1. El almacenamiento intermedio cuenta con la infraestructura indicada de acuerdo a la legislación vigente: (paredes y piso lavable, drenaje, puerta, iluminación, etc).				
1.2. Cuenta con contenedores adecuados y cantidad necesaria para almacenar los residuos generados en los servicios.				
1.3. Los contenedores cuentan con bolsas adecuadas según el residuo (rojo, amarillo o negro) y bien colocadas.				
1.4. Los contenedores cuentan con el rotulo adecuado de acuerdo al tipo de residuo.				
1.5. El almacenamiento intermedio y los contenedores estan higienizados y no emiten olores.				
1.6. El almacenamiento intermedio cuenta con ficha de control de higiene y recojo.				
<p>SERVICIO:.....</p> <p>FECHA:...../...../.....</p>				
1. Acondicionamiento				
1.1. El almacenamiento intermedio cuenta con la infraestructura indicada de acuerdo a la legislación vigente: (paredes y piso lavable, drenaje, puerta, iluminación, etc).				
1.2. Cuenta con contenedores adecuados y cantidad necesaria para almacenar los residuos generados en los servicios.				
1.3. Los contenedores cuentan con bolsas adecuadas según el residuo (rojo, amarillo o negro) y bien colocadas.				
1.4. Los contenedores cuentan con el rotulo adecuado de acuerdo al tipo de residuo.				
1.5. El almacenamiento intermedio y los contenedores estan higienizados y no emiten olores.				
1.6. El almacenamiento intermedio cuenta con ficha de control de higiene y recojo.				
OBSERVACIONES:				
Realizado por:			Firma:	



FICHA N° 24



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

LISTA N°2 DE VERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO:..... FECHA:...../...../.....

PUNTAJE: Si=1 punto; No=0 punto; Parcial=0.5 punto; NA X

ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	SITUACIÓN			
	Si cumple	Parcialment e cumple	No cumple	No aplica
ALMACENAMIENTO INTERMEDIO				
2. Transporte y Recolección Interna				
2.1 El evacuador recoge los residuos de acuerdo al cronograma de recojo el cual no debe pasar los 3/4 de su capacidad.				
2.2 El evacuador tiene y hace uso del EPP respectivo: Ropa de trabajo, guantes, mascarilla de tela y calzado antideslizante.				
2.3 Las bolsas cerradas se sujetan por la parte superior y se mantienen alejadas del cuerpo durante su traslado , sin arrastrarlas por el suelo.				
2.4 El transporte de los residuos se realiza por las rutas y horarios establecidos.				
2.5 Los residuos de alimentos se trasladan directamente al almacenamiento final según sus rutas y el horario establecido SIN DESTINARLO para otros usos.				
2.6 El uso de los ascensores, el uso de estos es exclusivo durante el traslado de los residuos de acuerdo al horario establecido y son desinfectados despúes de su uso.				
2.7. El evacuador realiza el llenado de la ficha despues de la higienización y el recojo de los residuos.				
SERVICIO:..... FECHA:...../...../.....				
2. Transporte y Recolección Interna				
2.1 El evacuador recoge los residuos de acuerdo al cronograma de recojo el cual no debe pasar los 3/4 de su capacidad.				
2.2 El evacuador tiene y hace uso del EPP respectivo: Ropa de trabajo, guantes, mascarilla de tela y calzado antideslizante.				
2.3 Las bolsas cerradas se sujetan por la parte superior y se mantienen alejadas del cuerpo durante su traslado , sin arrastrarlas por el suelo.				
2.4 El transporte de los residuos se realiza por las rutas y horarios establecidos.				
2.5 Los residuos de alimentos se trasladan directamente al almacenamiento final según sus rutas y el horario establecido SIN DESTINARLO para otros usos.				
2.6 El uso de los ascensores, el uso de estos es exclusivo durante el traslado de los residuos de acuerdo al horario establecido y son desinfectados despúes de su uso.				
2.7. El evacuador realiza el llenado de la ficha despues de la higienización y el recojo de los residuos.				
OBSERVACIONES:				
Realizado por:		Firma:		



FICHA N° 25



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

LISTA N°3 DE VERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO:..... FECHA:...../...../.....

PUNTAJE: SI=1 punto; No=0 punto; Parcial=0.5 punto; NA X

ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	SITUACIÓN			
	Si cumple	Parcialment e cumple	No cumple	No aplica
ALMACENAMIENTO CENTRAL				
1. Acondicionamiento				
1.1. El patio de maniobras para el manejo final de RSH se muestra libre de objetos y elementos extraños al uso				
1.2. Se cuenta con almacenamiento y contenedores para cada tipo de residuos debidamente señalizados.				
1.3. Se cuenta con balanza adecuada y con batería carga.				
1.4. Se cuenta en el almacenamiento central con materiales e insumos para la correcta higienización.				
1.5. Los almacenamientos cuentan con registro de pesaje				
2. Manejo				
2.1. Todos los residuos biocontaminados, especiales y comunes son pesados				
2.2. Los pesos son registrados de acuerdo al tipo de residuo.				
2.3. Los residuos son acondicionados en los almacenamientos y contenedores adecuados de acuerdo al tipo de residuos.				
2.4. Los RSH permanecen en el almacén final por un período de tiempo no mayor de 24 horas, luego de la evacuación de residuos se limpia y desinfecta el almacén.				
TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS				
3.1. El servicio tiene procedimiento de tratamiento con especificaciones del proveedor. El servicio cuenta con procedimiento.				
3.2. El personal sigue con el procedimiento, verifican que se mantengan los parámetros de tratamiento (T°, humedad, volumen de llenado, tiempo de tratamiento, etc.) en los				
3.3. Los trabajadores que realizan el tratamiento de los residuos, tienen las competencias técnicas para realizar este				
3.4. El personal hace uso de sus EPP: ropa de trabajo, guantes, zapatos de seguridad, respiradores.				
3.5. El área cuenta con señalización de seguridad.				
3.6. Los residuos son transportados directamente y				
RECOLECCIÓN EXTERNA				
4.1. El personal tiene y hace uso de sus EPP: Guantes de PVC, botas de seguridad, mandilón, respirador con cartuchos de carbon activado, lentes de seguridad, etc.				
4.2. Los residuos se pesan evitando derrames, contaminación, así como el contacto de las bolsas con el cuerpo del operario.				
OBSERVACIONES:				
Realizado por:		Firma:		



FICHA N° 26

N°	SERVICIO/LUGAR	FECHA DE MUESTREO	ABASTECIMIENTOS			PUNTO DE MUESTREO	ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO		
			RP	CI	TE		NIVELES DE CLORO RESIDUAL* (ppm)		
							DEFICIENTE	ACEPTABLE	ÓPTIMO
							<0.5	{0.5 ; 0.75}	≥ 0.75
1	Cisterna N° 1 (Lactario)		X			Misma Cisterna			
2	Cisterna N° 2 (Lactario)		X			Misma Cisterna			
3	Cisterna (Med. Tropical)		X			Misma Cisterna			
4	Cisterna N° 1 (Casa Fuerza)		X			Misma Cisterna			
5	Cisterna N° 2 (Casa Fuerza)		X			Misma Cisterna			
6	Cisterna Neumología		X			Misma Cisterna			
7	Cisterna Traumatología		X			Misma Cisterna			
8	Cisterna Med. Física y Rehab.		X			Misma Cisterna			
9	Tanque Elevado Hospitalización			X		Tanque de agua dura			
10	Tanque Elevado Hospitalización			X		Tanque de agua Blanda			
11	Tanque elevado Traumatología			X		Tanque elevado			
12	Rotoplas UCI Pediatría					Tanque Rotoplas			
13	Rotoplas Banco de sangre					Tanque Rotoplas			
14	Departamento de Nutrición				X	Lavadero de Cocina			
15	Departamento de Nutrición				X	Lavadero de Comedor			
16	Central de Esterilización				X	Lavadero de Instrumental			
17	Central de esterilización CTO				X	Lavadero de Instrumental			
18	Central de esterilización altura					Lavadero de Instrumental			
19	Emergencias Pediátricas			X		Lavadero de manos			
20	Sala de Operaciones CTO				X	Lavadero de manos			
21	Sala de Operaciones Central				X	Lavadero de manos			
22	Sala de Operaciones Obstétrica				X	Lavadero de manos			
23	UCI neonatología				X	Lavadero de manos			
24	UCI Medicina				X	Lavadero de manos			
25	UCI Pediatría				X	Lavadero de manos			
26	UCI Emergencia Adultos				X	Lavadero de manos			
27	UCI Cirugía				X	Lavadero de manos			
28	Laboratorio Central			X		Lavadero de manos			
29	Banco de Sangre				X	Lavadero de manos			
30	Repostero Hospitalización					Lavadero de alimentos			



FICHA N° 27

INSPECCIÓN DE CISTERNA

CISTERNAFECHA.....

ESTABLECIMIENTO: Hospital Cayetano Heredia

DISTRITO: San Martín de Porres

UBICACIÓN DE LA CISTERNA:

CAPACIDAD:

1.- SEGURIDAD

	SI	NO
Tiene Cerco perimetral		
Presenta casetas para la operación y mantenimiento.....		

2.- INSTALACIONES

Tiene tubería de rebose.....		
La tubería de rebose se conecta al desagüe.....		
Tiene tubería de ventilación.....		
La tubería de ventilación y rebose miran hacia abajo.....		
La tubería de ventilación y rebose tienen malla de protección.....		
La boca de la cisterna esta al raz del piso.....		
Tiene tapa sanitaria (Material/Conservación).....		
Existen fugas de agua.....		
Las paredes interiores están limpias (Material de escalera/ conservación).....		
La estructura de la cisterna presenta fisuras.....		
El piso del reservorio presenta pendiente hacia el punto de desagüe.....		
Existen natas flotantes o materiales extraños dentro de la cisterna.....		
Es posible que ingrese agua por lluvia o inundación.....		
Existen Fuentes de Contaminación cerca del Reservorio.....		
Las tuberías de entrada y salida están en direcciones opuestas.....		

3.- CARACTERISTICAS DEL AGUA

Punto de Muestreo: Fecha y Hora de muestreo:

Cloro residual (ppm):

Frecuencia con la que se mide el Cloro Residual (especificar):.....

Se tomo muestra para análisis microbiológico () SI () NO

4.- DESINFECCIÓN DE CISTERNAS

Fecha de última limpieza y desinfección:

Empresa que realizo el servicio:

5.- FIRMAS DE CONFORMIDAD



FICHA N° 28

		RESULTADOS FINALES SUPERVISION 2017																	PUNTAJE HOSPITALARIO								
SERVICIO	INDICADOR	Urgia	Medina	Gineo	Obstetricia	Salida de partos	Pediatría	UCI adultos	UCI Neonata	UCI Pediatría	Traumatología	Medicina Tropical	Neurología	Emergencia adultos	Emergencia Pediatría	Salida de operaciones central	CETO	SCP G.O	Central de esterilización	Odonatología	Gastroenterología	Urología	Oncología	Laboratorio	Patología		
	Porcentaje de cumplimiento de la higiene de manos																										0
	Porcentaje de cumplimiento con uso de Antisépticos y desinfectantes.																										0
	Porcentaje de cumplimiento de las medidas comprobadas para la prevención de ITU																										0
	Porcentaje de cumplimiento de las medidas comprobadas para la prevención de ITS																										0
	Porcentaje de cumplimiento de las medidas comprobadas de prevención de neumonía																										0



SERVICIO	INDICADOR	PUNTAJE HOSPITALARIO																							
		Cirugía	Medicina	Gineo obstetricia	sala de partos	Pediatría	UCI adultos	UCI Neonata	UCI Pediatría	Traumatología	Medicina Tropical	Neurología	Emergencia adultos	Emergencia Pediatría	Sala de operaciones central	CETO	SOP G.O	Central de esterilización	Odontología	Gastroenterología	Oncología	Laboratorio	Patología		
Porcentaje de cumplimiento de las medidas comprobadas para la prevención de IHO																									0
Porcentaje de cumplimiento de cirugía segura .																									0
Porcentaje de cumplimiento de Normas de desinfección de alto nivel																									0
Porcentaje de cumplimiento en el uso racional de antimicrobianos																									0
Porcentaje de cumplimiento de aislamiento en transmisión por contacto																									0



SERVICIO	INDICADOR	PUNTAJE HOSPITALARIO																							
		Cirugía	Medicina	Ginecología	sala de partos	Pediatría	UCI adultos	UCI Neonatal	UCI Pediatría	Traumatología	Medicina Tropical	Neumología	Emergencia adultos	Emergencia Pediatría	Sala de operaciones central	CETO	SOP G.O	Central de esterilización	Odonatología	Gastroenterología	Oncología	Laboratorio	Patología		
	Porcentaje de cumplimiento de aislamiento en transmisión por vía aérea																								0
	Porcentaje de cumplimiento de aislamiento en transmisión por gotitas																								0
	Porcentaje de cumplimiento de limpieza hospitalaria con calidad																								0
	Porcentaje de manejo adecuado de los residuos sólidos hospitalarios																								0
	Porcentaje de cumplimiento en agua segura para consumo humano																								0
	PUNTAJE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VALORES SEGÚN ESCALA																									
valor óptimo: 80 – 100%																									
valor aceptable 60-79%																									
valor crítico < 59																									

