



## Resolución Directoral

Puente Piedra, 05 de Junio de 2017

### VISTO:



El Memorandum N° 319-06-2017-UESA-HCLLH-MINSA, mediante el cual, la Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, solicita la aprobación del "Plan de Acciones de Mejora de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud Año 2017" del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; y,

### CONSIDERANDO:



Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley 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, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y protegerla;



Que, las infecciones intrahospitalarias (IIH), adquiridas o relacionadas con los servicios de salud, constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial y especialmente en los países en vías de desarrollo;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 753 – 2004 – MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 20 – MINSA/DGSP V. 01: "Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias", la cual tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios hospitalarios reduciendo el impacto negativo de las infecciones intra hospitalarias;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 168–2015–MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", el mismo que tiene como finalidad: contribuir a la disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos, y como

objetivo: establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud, en los establecimientos de salud del país;

Que, en ese sentido, el Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental presenta para su aprobación el "Plan de Acciones de Mejora de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud Año 2017" del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", el mismo que tiene como objetivo general reducir en un 40% la incidencia de las infecciones asociadas a la atención de salud, más frecuentes en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, durante el periodo de abril a diciembre del año 2017;

Que, en dicho contexto, corresponde emitir el acto administrativo para la respectiva aprobación;

En uso de las atribuciones conferidas mediante la Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Con las visaciones del Jefe de la Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental y Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1º.-** APROBAR el "Plan de Acciones de Mejora de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud Año 2017" del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2º.-** DISPONER que el Plan es de aplicación obligatoria en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

**ARTÍCULO 3º.-** DISPONER la responsabilidad de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, de velar por el cumplimiento y la ejecución de las actividades concernientes al Plan, debiendo remitir a la Dirección Ejecutiva un informe de evaluación sobre el logro de los objetivos generales y específicos obtenidos.

**ARTÍCULO 4º.-** DISPONER el financiamiento presupuestal en la Oficina de Administración y la Oficina de Planeamiento Estratégico, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y PUBLÍQUESE**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
Dr. Javier Tsukazan Kobashikawa  
C.M.N. 21626 R.N.E. 27579  
DIRECTOR EJECUTIVO HELLH

JTK/HSV/GPMP  
C.c.

\*Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental  
\*Oficina de Planeamiento Estratégico  
\*Archivo

# **HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL**

**PLAN DE ACCIONES DE MEJORA EN VIGILANCIA, PREVENCIÓN  
Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN  
DE LA SALUD, DE LAS INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN EL  
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.**



## PLAN DE ACCIONES DE MEJORA EN VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD, DE LAS INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.

### I.- INTRODUCCION.

Las IAAS, antes conocidas como infecciones nosocomiales, se definen como infecciones asociadas a la atención en salud, una infección adquirida en un establecimiento de salud. Una IAAS es una infección localizada o sistémica que se desencadena a partir de una reacción adversa a la presencia de uno o varios agente(s) infeccioso(s) o sus toxina(s), sin que haya evidencia de su presencia previa a la admisión en el centro de atención en salud respectivo. Usualmente, se considera que una infección corresponde a una IAAS si se manifiesta al menos 48 horas después de la admisión en adultos y 72 horas después en neonatos.

Para lo cual es necesario aplicar la vigilancia epidemiológica, que consiste es el estudio de la dinámica de ocurrencia, distribución y determinantes de eventos asociados a la salud, en poblaciones específicas. Esta disciplina define la relación de una enfermedad con la población en riesgo e involucra la determinación, análisis e interpretación de tasas. Lo que explica la ocurrencia de este tipo de infecciones entre pacientes que concurren a un centro de atención en salud, y la magnitud del problema en su contexto. Incluye datos acerca de la distribución de IAAS por tipo de paciente, patógeno causante, unidad de tratamiento y período de tiempo. Estos datos ayudan a comprender la problemática de IAAS en un determinado establecimiento y resultan muy útiles para definir estrategias preventivas

### II.-OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Reducir en un 40% la incidencia de las infecciones asociados a la atención de salud, más frecuentes en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, durante el periodo de abril a diciembre del año 2017.

### Objetivos específicos:

- ✓ Reducir en un 40% la incidencia de las neumonías asociados a ventilador mecánico, con respecto al año 2016, en el servicio de UCI del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- ✓ Reducir en un 40% la incidencia de las infecciones de herida operatoria en el servicio de Gineco- Obstetricia, con respecto al año 2016 en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- ✓ Mejorar la aplicación de las medidas de bioseguridad en 30% en los diferentes servicios de hospitalización del HCLLH.
- ✓ Implementar paquete de medidas preventivas (care bundle) para las neumonías asociadas al ventilador mecánico, en el servicio de UCI.
- ✓ Implementar paquete de medidas preventivas (care bundle) para las infecciones de herida operatoria en el servicio de Gineco – Obstetricia.



- ✓ Elaborar o actualizar las guías, protocolos, normativas relacionadas con la prevención de las infecciones asociados a la atención de la salud, en los servicios donde se aplica la vigilancia epidemiológica de las IAAS.

### III.-BASE LEGAL.

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
3. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5. R. M. N° 1240-2004-MINSA, que aprueba Política Nacional de Medicamentos.
6. R. M. N° 753-2004-SA/DM, que aprueba la Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
7. R. M. N° 179-2005 DGE/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
8. R. M. N° 414-2005/MINSA, que aprueba el Petitorio Nacional de Medicamentos.
9. R. M. N° 519 – 2006 / MINSA, que aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
10. R. M. N°463-2010/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital CLLH.
11. R. M. N° 062-2010/MINSA, que aprueba el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales
12. R. D. N° 66-02/2017-HCLLH/SA que recompone el Comité de Prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias.

### IV.- AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan se aplicará en los servicios de UCI, y el servicio de Gineco – Obstetricia, donde las incidencias de infecciones asociadas a la atención de salud, han ido aumentando en los últimos años en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, tal como lo establece la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de las IAAS", aprobada con Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA del 26 de julio del 2004.

### - DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

El presente plan de mejora se basa en el protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas, "neumonía zero" del año 2011; así como de otras evidencias y experiencias científicas comprobados, que han dado resultados favorables en la disminución de las infecciones asociados a la atención de salud.





### 5.1.-Participación del Comité de Infecciones Asociados a la Atención de Salud.

El presente plan fue elaborado con la participación de los integrantes del comité, que generalmente son los responsables de identificar los distintos problemas y las limitaciones que ocurre en sus servicios asistenciales. por ello las actividades que se plantean en el presente plan serán implementadas y compartidas de manera integral, teniendo como soporte normativo, a los lineamientos para la vigilancia, prevención, y control de las infecciones, elaborado por el comité multisectorial de vigilancia, prevención y control de las IAAS, aprobado con RM N° 168-2015/MINSA.

### 5.2.-Capacitación, Entrenamiento y Compromiso del Personal de Salud en Medidas Preventivas.

El personal de salud que labora en los servicios asistenciales, donde se fortalecerá la aplicación de las medidas preventivas, recibirán el entrenamiento correspondiente sobre la metodología de la aplicación de las intervenciones, y se realizará de manera periódica según la necesidad y la identificación de las limitaciones en función a los resultados.

### 5.3.-Organización por Asignación de Funciones.

Una buena cultura organizacional es fundamental en cualquier entidad, área o grupo de trabajo. Los jefes de departamento y de los servicios asistenciales tendrán que aplicar estrategias para fortalecer las actividades en dicho servicio; de la misma forma evaluarán, monitorizarán el cumplimiento de las medidas implementadas, en base a los documentos normativos de la institución como son: Manual de Organización y Funciones (MOF), Reglamento de Organización y Funciones (ROF), Manual de Procedimientos en Salud (MAPRO).

### 5.4.-Limpieza y Desinfección de Ambientes y Superficies

Las superficies tienen riesgo mínimo de transmisión directa de infección, pero pueden contribuir a la contaminación cruzada secundaria, por medio de las manos de los profesionales de la salud y de los instrumentos o productos que podrían ser contaminados o entrar en contacto con esas superficies y posteriormente, contaminar a los pacientes u otras superficies (ANSI/AAMI, 2006). Así, la higiene de las manos de los profesionales de la salud y la limpieza y desinfección de superficies son fundamentales para la prevención y reducción de las infecciones relacionadas a la asistencia en salud.

### 5.5.-Limpieza y Desinfección de la Unidad del Paciente.

Es el procedimiento mediante el cual se realiza limpieza y desinfección de todos los elementos que utiliza y ocupa el paciente en su estadía hospitalaria, con la finalidad de ordenar los accesorios y equipos, desinfección de todos los elementos usados por el paciente; de tal manera evitar infecciones intrahospitalarias por el contacto con elementos usados por diferentes usuarios de diferentes patologías, haciendo que los usuarios se sientan seguros y cómodos.



## **5.6.-Limpieza y Desinfección y Esterilización de Materiales, Instrumental, Dispositivos Utilizados en la Atención del Paciente.**

El lavado del material es uno de los pasos más importantes en el proceso de limpieza. Para garantizar su eficacia debe cumplirse el procedimiento, metodología y técnica adecuada, que permitirá el inicio de Desinfección; que es el proceso físico o químico por medio del cual se logra eliminar los microorganismos de formas vegetativas en objetos inanimados, sin que se asegure la eliminación de esporas bacterianas. No todos los instrumentos que se utilizan durante un procedimiento específico en un paciente requieren ser esterilizados; por ello es conveniente identificar los diferentes tipos de instrumentos según su uso y establecer el manejo para los diferentes grupos. Todo artículo crítico debe ser procesado por algún método de esterilización de acuerdo a su compatibilidad. La esterilización destruye toda forma de vida microbiana y puede lograrse a través de varios procesos diferentes. Los métodos utilizados en la actualidad en el hospital; para la esterilización del material pueden clasificarse en físicos y químicos.

## **5.7.-Manejo de Ropa Hospitalaria.**

La ropa sucia se ha identificado como posible fuente de numerosos microorganismos patógenos, por el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes. Sin embargo el riesgo para los trabajadores es algo mayor, pero este desaparece cuando los trabajadores encargados de la segregación, transporte, manipulación y lavado de la ropa siguen una serie de normas de bioseguridad que se han demostrado útiles para minimizar el riesgo.

## **VI.-METODOLOGÍA**

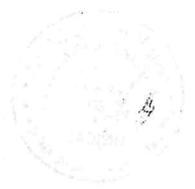
El presente plan de acciones estratégicas está orientado a mejorar el proceso de atención de los usuarios que son atendidos en todos los servicios asistenciales del hospital, poniendo mayor énfasis en los servicios de UCI, el servicio de Gineco - Obstetricia.

### **6.1.-Participación de los Miembros del Comité de las IAAS.**

a).-**Presidente del Comité de las IAAS.**- La mayoría de los comités son precedidos por el Director Ejecutivo del HCLLH, es el indicado de tomar las decisiones previa consulta con su equipo de gestión, en función a los informes, reportes obtenidos sobre la situación de las infecciones asociado a la atención de salud.

b).-**Responsable de la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS.**- Es el profesional de la salud, encargado de realizar la vigilancia diaria en todos los servicios asistenciales, tal como indica la norma de vigilancia de infecciones Norma Técnica N° 026-MINSA/OGE V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS", es el que recoge la información utilizando diversas fuentes, consolida, analiza la información empleando formatos, listas y posteriormente emitirá la información, de forma inmediata en situaciones de brote o en situaciones críticas, y mensual de forma regular.

c).- **Responsable de la Vigilancia y Monitoreo de la Bioseguridad Hospitalaria.**- Es el profesional de la salud encargado de realizar el seguimiento y monitoreo de los aspectos de bioseguridad, mediante la observación directa, aplicando las fichas de monitoreo, al equipo de salud en los diferentes servicios; posteriormente elaborará el informe de los hallazgos encontrados.





**d).-Unidad de Gestión de la Calidad.-** Como integrante del comité de las IAAS, es quien contribuye a fortalecer el cumplimiento de las actividades señaladas en los planes de mejora, a través de las rondas médicas y otras actividades propias de la unidad, que tengan relación con la vigilancia de las infecciones, monitoreo de la bioseguridad hospitalaria, impulsando medidas de prevención y control de las IAAS.

**e).-El Departamento de Laboratorio y Anatomopatología Clínica.-** Su participación en el comité de infecciones consiste en, elaborar el mapa microbiológico del establecimiento de salud, ante un caso probable de infección nosocomial, el área de microbiología se encargará de la toma de la muestra y entrega oportuna de los resultados al servicio solicitante de los exámenes correspondientes.

**f).-Departamento de Farmacia.-** El responsable de la farmacovigilancia en coordinación con el comité de farmacoterapéutico elaboraran, el documento normativo sobre el uso racional de los antimicrobianos en el hospital.

**g).-Elaboración y/o Actualización de las Normativas, Manuales, Protocolos, Guías.-** Con la participación de los integrantes del comité de las IAAS, desde el área que se encuentren aportaran para la elaboración de las guías, protocolos, manuales, alertas, entre otros documentos normativos en prevención de las infecciones, su discusión, análisis y finalmente su aprobación se realizará en las reuniones del comité de infecciones.

**h).-Jefes de Departamentos y/o Servicios Asistenciales.-** El personal de salud asignado como jefe de Departamento o servicio asistencial, estará a cargo de monitorizar o supervisar el cumplimiento a los acuerdos de reunión del comité, actividades preventivas, guías de práctica clínica, protocolos, en este último planteamiento de mejora, supervisa la implementación y el cumplimiento de las listas de listas de chequeo en prevención de las neumonías asociado al Ventilador Mecánico.

**i).-Personal Asistencial.-** El personal asistencial de turno será el responsable de aplicar el cheking list, tal como se detalla en el instructivo, la forma de aplicar será de la siguiente manera: Esta lista se aplicará solamente a los pacientes que estén recibiendo terapia ventilatoria con VM, en ellos se realizara 4 evaluaciones en las 24 horas a cada paciente de forma individual, una evaluación cada 6 horas, la evaluación debe realizarse haciendo un corte en el tiempo, siempre y cuando este dentro de las 6 horas.

Para disminuir la incidencia de la infección de herida operatoria en el servicio de Gineco-Obstetricia, se implementaran una lista de chequeo diferenciado en dos tipos de pacientes; pacientes que por su condición de salud ingresan de emergencia, y los pacientes que son programadas. En los pacientes que ingresan por emergencia solo se aplicara lo primera parte de la lista de chequeo y se aplicara en sala de operaciones, la segunda parte no se aplicara, pero la tercera y la cuarta parte se aplicara en el servicio de Hospitalización de Ginecología. En los pacientes programados se aplicara la segunda parte de la lista en el servicio de Obstetricia ( Alto Riesgo Obstétrico), la tercera y la cuarta parte de la lista se aplicará en el servicio Hospitalización de Ginecología. Este paquete de medidas que se aplicara en los servicios de Gineco- Obstetricia, está dividido en 4 partes, la primera parte corresponde a la atención de la gestante en situación de emergencia, la segunda parte corresponde a los pacientes programados, que generalmente son atendidos en la unidad de Alto Riesgo del servicio de Obstetricia, la tercera y la cuarta parte corresponden al manejo post operatorio y generalmente son atendidos en el servicio de Ginecología.





**j).-Área de Servicios Generales.-** Las superficies tienen riesgo mínimo de transmisión directa de infección, pero pueden contribuir a la contaminación cruzada secundaria, por medio de las manos de los profesionales de la salud y de los instrumentos que podrían ser contaminados o entrar en contacto con éstas superficies y posteriormente contaminar a los pacientes u otras superficies (ANSI/AAMI, 2006).

Así, la higiene de las manos de los profesionales de la salud y la limpieza y desinfección de superficies son fundamentales para la prevención y reducción de las infecciones asociados a la atención de la salud.

**k).-Aspectos de Control y Monitoreo de las Actividades Preventivas Específicas.**

Las actividades de monitoreo y control estarán a cargo de los jefes de departamentos y servicios asistenciales, los supervisores en primera instancia, la Secretaría Técnica del Comité de Infecciones, en coordinación con el responsable de la vigilancia de las infecciones, recopilarán, analizarán y elaborarán el informe para posteriormente socializar a todos los miembros del comité.

**6.2.-Actividades Generales.**

**a) Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de IAAS:**

La vigilancia Epidemiológica de las IAAS, se realizará de forma diaria, teniendo en cuenta las características de vigilancia; tal como señala la Norma Técnica N° 026 del MINSA, vigente hasta la fecha, estará a cargo de la Unidad de Epidemiología y el equipo de la vigilancia hospitalaria. Se debe extremar la vigilancia de pacientes que ingresan por emergencia en los tópicos de observación de adultos y el tópico de ginecología que presentan alto riesgo de realizar una infección nosocomial, recibir terapia intensiva en UCI, en el tópico de ginecología, en algunas veces los pacientes llegan con una infección de herida operatoria luego de haber sido operado, éste tipo de infección se vigila hasta los 30 días de haberse intervenido al paciente. Para lo cual se debe estratificar su evolución e identificar posibles problemas en coordinación con el equipo de salud, en caso de sospecha de una infección se aplicará la ficha epidemiológica de las IAAS y se tomara la muestra oportunamente, identificación de microorganismos y antibiogramas.

**b) Fortalecimiento de Aspectos de Bioseguridad Hospitalaria.**

El equipo de bioseguridad hospitalaria, conjuntamente con el equipo de supervisión, realizarán el monitoreo y el seguimiento del cumplimiento de las medidas de bioseguridad, en todos los servicios asistenciales pero dando prioridad a los servicios UCI, Sala de operaciones, Gineco obstetricia, Emergencia; se realizará un informe mensual y se socializará los hallazgos encontrados.

**c) Implementación de Aspectos de Procedimientos Seguros.**

El equipo de epidemiología conjuntamente con los jefes de departamento y servicios actualizará las pautas o guía del proceso de colocación de los dispositivos invasivos. Uno de los participantes del procedimiento evaluará el correcto desarrollo del procedimiento aplicando el instrumento de evaluación (guía del procedimiento) antes, durante y después de la colocación del dispositivo.

**d) Desarrollo de Normas Locales Relacionadas.**





Actualización de las medidas generales de prevención y control de IAAS: Guía de práctica clínica para manejo de las neumonías en adulto, manual de bioseguridad hospitalaria, manual de prevención de neumonías asociadas al Ventilador Mecánico, guía de práctica clínica en manejo de pacientes ginecológicas, entre otros. Esta actividad se realizará en coordinación con los médicos y enfermeros de los servicios asistenciales. Para ello se elaborará un documento base el cual será discutido y se darán las recomendaciones pertinentes.

e) **Implementación de la Normativa o Protocolos:**

Impresión y difusión de las normas de prevención control de las infecciones asociados a la atención de salud. Estará a cargo del área de comunicaciones y la unidad de logística.

f) **Limpieza y Desinfección de Ambientes y Superficies Hospitalarios**

Actualmente el rol del ambiente y la transmisión de las infecciones se ven agravados por los gérmenes multiresistentes que se encuentran dentro del ambiente hospitalario. El Jefe de la Unidad de Servicios Generales elaborara un plan anual de limpieza, desinfección de ambientes y superficies hospitalarias, además el plan de contingencia en caso de brotes epidémicos. El personal que presta servicios de limpieza debe realizar el proceso de limpieza de acuerdo a la guía de limpieza y desinfección de ambientes, siendo evaluado por un supervisor, quien garantizará e informará de manera mensual los hallazgos, limitaciones y logros alcanzados al comité de infecciones. El supervisor elaborara un instrumento de evaluación de la calidad de limpieza y desinfección conjuntamente con el equipo de bioseguridad.

g) **Limpieza y Desinfección de los Equipos Biomédicos y la Unidad del Paciente.**

Siendo la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos y la unidad del paciente un procedimiento orientado a eliminar o disminuir los microorganismos de los objetos que se utilizan en la atención del paciente con el fin de interrumpir la cadena de transmisión y garantizar una atención segura. El profesional encargado de la jefatura del servicio elaborará un protocolo o guía de desinfección. El personal técnico de enfermería se hará responsable del procedimiento bajo la supervisión del profesional de turno del servicios, quien evaluará supervisará el correcto cumplimiento del procedimiento e informara de manera mensual al comité de infecciones.

h) **Desarrollo de Actividades de Sensibilización:**

Se realizaran reuniones técnicas en cada uno de los servicios asistenciales con la participación del equipo de la Unidad de Epidemiología y salud ambiental, se discutirán los problemas encontrados frecuentemente sobre los casos de infecciones, medidas de prevención y control, y en base a los hallazgos encontrados se implementara acciones de mejora y se informara los resultados de manera mensual al Comité de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

i) **Supervisión de Prácticas de Atención:**

Elaboración de pautas de supervisión o listas de cotejo para el cuidado a un paciente con ventilador mecánico, teniendo en cuenta el Modelo Bundle:





Aplicación de listas de cotejo.

Análisis de los resultados de supervisión

Difusión de los resultados obtenidos al personal de los servicios involucrados cada 3 meses y elaboración de propuestas de mejora.

j) **Evaluación:**

Se evaluará en función de la meta planificada. Se elaborará un informe explicando los aspectos más resaltantes de la intervención.

**6.3.-Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Prevención de Neumonías Asociados al Ventilador Mecánico.**

a).-**Aseo Bucal:** La colonización de la oro faringe y las superficies dentales actúan como un reservorio de microorganismos que pueden llegar fácilmente al tracto respiratorio en pacientes sometidos a ventilación y desarrollar NAVM: El uso de Gluconato de Clorhexidina al 0.12% en enjuague bucal, disminuye la tasa de infecciones respiratorias pero no modifica la mortalidad. Se recomienda la desinfección con antiséptico como la Clorhexidina 0.12-2% cada 8-12 horas ya que al ser absorbida se libera gradualmente en 8-12 horas en su forma activa, lo que evita la colonización bacteriana durante ese tiempo.

b).-**Aspiración Oro Faríngea:** Las secreciones que se acumulan por encima del tubo endotraqueal se considera un factor de riesgo de la NAVM, por lo que se debe aspirar el oro faringe por lo menos cada 4 horas y al movilizar al paciente.

c).- **Aspiración Endotraqueal:** La aspiración endotraqueal debe realizarse sólo cuando sea necesario, es decir cuando existe ruido de secreciones en el tubo o se pueden ver, la curva de presiones del ventilador presenta vibración, el paciente presenta disminución de la SatO<sub>2</sub>. Se ha descrito que existe un incremento significativo de la colonización de pacientes que utilizan el sistema de aspiración traqueal abierto, (49% de mayor riesgo, comparado con pacientes con sistema de aspiración traqueal cerrado).

d).-**Evitar la Posición de Decúbito Supino.** La posición supina predispone a la aspiración y a la NAVM; la posición semi sentada (posición de semi-ower) (30° a 45°) la disminuye. Se recomienda elevación de la cabecera de la cama entre 30°- 45° cuando no exista contraindicación. El grado de elevación de la cabecera debe ser medido y registrar cada 8 horas. Esta medida es muy importante en pacientes que reciben nutrición enteral ya que se ha considerado un factor de riesgo por la posibilidad de aspiración de contenido gástrico.

e).- **Evaluación de la Sedación del Paciente.** Numerosos estudios muestran que una adecuada monitorización de la sedo analgesia permite reducir el tiempo de VM, la estancia en UCI o el número de complicaciones infecciosas nosocomiales, especialmente neumonías asociadas a VM. Algunos autores han encontrado incluso reducción de la mortalidad tras implementar una evaluación sistemática de la sedo analgesia.





f).-Medir el Volumen Gástrico Residual de lo anterior se desprende la necesidad de medir el volumen gástrico residual cada 8 horas y aplicar retención de la alimentación 1 hora si el volumen es mayor 1-1.5 veces la cantidad administrada o 150 ml en bolo.

g).-Presión Óptima de Neumotaponamiento entre 20–25 cm. H<sub>2</sub>O con el objetivo de prevenir el paso de patógenos hacia el tracto inferior: una presión mayor puede provocar una lesión de la tráquea. Evidencias científicas hacen mención al número de determinaciones. Se aconseja el control de la presión cada 8 horas.

Derivado de ello, el objetivo de este plan de intervención es determinar la frecuencia y asociación entre el cumplimiento de los cuidados de enfermería (aseo bucal, aspiración orofaríngea, endotraqueal, posición de los grados de la cabecera, revisión del residuo gástrico, y la revisión de la presión del neumotaponamiento) y la presencia de NAVM en pacientes hospitalizadas en los servicios de UCI y Medicina Interna.

#### 6.4.-Medidas Comprobablemente Efectivas en la Prevención de la IHO

- Tratamiento preoperatorio de la obesidad
- Tratamiento de focos infecciosos distales previo a la intervención
- Hospitalización preoperatorio breve
- Profilaxis antibiótica de heridas Limpia/Contaminada y en aquellas heridas limpias en que una infección puede comprometer la vida del paciente o afectar profundamente el resultado de la operación.
- Preparación de las manos del equipo quirúrgico según procedimiento establecido en Guía de Lavado Quirúrgico de Manos.
- Preparación de la zona operatoria en pabellón que incluye antiséptico de efecto residual y eliminar el rasurado.
- Campos quirúrgicos estériles que mantengan la condición de barrera sanitaria
- Uso de barreras estériles de alta eficiencia por el equipo quirúrgico (guantes y batas indemnes)
- Uso de mascarilla quirúrgica de efectividad comprobada
- Garantía de esterilidad de los artículos e instrumental
- Técnica Quirúrgica cuidadosa que incluye entre otros, una buena hemostasia, tratamiento delicado de los tejidos y correcta selección de suturas.
- Cierre de heridas Contaminadas o Sucias por segunda intención.
- Uso de drenajes en circuito cerrado estéril sacados por el contra abertura.
- Evitar turbulencias de aire en el quirófano durante la intervención.





- Mantener recambios de aire en el quirófano entre 15 a 25 por hora y uso de aire filtrado con filtros absolutos.
- Aseo de superficies ambientales de los quirófanos entre cada intervención
- Retroalimentación de los resultados de la vigilancia de IHO al equipo quirúrgico.
- . Evitar el número de tactos vaginales mayor de 4 veces al mismo paciente.

### VII.- FINANCIAMIENTO

Todas las tareas operativas programadas en el presente Plan responden al desarrollo de las actividades del comité de vigilancia, prevención y control de las infecciones, y serán ejecutadas presupuestalmente para el cumplimiento de los objetivos del presente plan de mejora.

FINANCIAMIENTO: Especifica de gasto (Partida)	MONTO
Clasificador de Gasto: 2.3.15.12	S/. 762.00
Clasificador de Gasto: 2.3.22.44	S/. 700.00
<b>TOTAL</b>	<b>S/. 1,462.00</b>

### VIII.- RECURSOS

#### 8.1.-Recursos humanos:

Esta considerado todo el equipo de salud asignado para prestar servicios de salud, con el perfil idóneo según el requerimiento y la necesidad del servicio, con asignación de sus funciones de acuerdo al manual de organización y funciones de cada servicio asistencial del HCLLH; el requerimiento adicional del recurso humano estará a cargo de la jefatura del Departamento y servicio solicitante, en función a un sustento técnico del requerimiento.

#### 8.2.- Requerimiento de los Recursos Materiales.

a) Materiales de Escritorio: (2.3.15.12) papelería en general y materiales de oficina.

Cantidad	Unidad de medida	Costo Unitario	Costo total	Descripción
01	Unidades	245.00	245.00	Tóner para Impresora HP Láser Jet 1022
01	millares	20.00	20.00	Hojas Bond tamaño A-4 75 gr.
50	unidades	0.50	25.00	lapiceros azules
50	unidades	0.50	25.00	lapiceros rojos
30	unidades	5.00	150.00	correctores líquidos
30	unidades	6.71	201.00	Tableros acrílicos
10	Unidades	8.00	96.00	Cuadernos para registros de actividades.
Costo total			<b>S/ 762.00</b>	





**b) Materiales de Impresión: (2.3.22.44) servicio de impresión, encuadernación y empastados.**

Cantidad	Unidad de medida	Costo Unitario	Costo total	Descripción
04	millares	100.00	400.00	Hojas Bond tamaño A-4 75 gr.
02	Unidades	150	300.00	Elaboración de banner
Costo total			<b>S/ 700.00</b>	

**8.2 Especificaciones Técnicas de los Recursos.**

Cantidad	Unidad de medida	Descripción
01	Unidades	Tóner para Impresora HP Láser Jet 1022
01	millares	Hojas Bond tamaño A-4 75 gr.
50	unidades	lapiceros azules
50	unidades	lapiceros rojos
30	unidades	correctores líquidos
30	unidades	Tableros acrílicos
10	Unidades	Cuadernos para registros de actividades.
02	Unidades	Elaboración de banner

**IX.- ORGANIZACIÓN**

- ✓ **Dirección Ejecutivo.**  
Dr. Javier Tsukazan Kobashikawa
- ✓ **Sub Director.**  
Dr. José Luis Linares Chicote.
- ✓ **Jefe de la Oficina de Administración**  
Dr. Hernán Solís Verde
- ✓ **Jefe de la Oficina Planeamiento Estratégico.**  
Lic. Isabel Flores Flores
- ✓ **Equipo de Planes y Programas**  
Lic. Deisy Condori Meza.
- ✓ **Jefe de la oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**  
Lic. Luis Antonio Infantes Oblitas.
- ✓ **Miembros Integrantes del Comité de IAAS**





Jefe de la oficina de Administración.  
Jefe del equipo de Epidemiología.  
Responsable de la vigilancia de las IAAS.  
Responsable del seguimiento y monitoreo de la Bioseguridad hospitalaria.  
Responsable del área de Inteligencia Sanitaria.  
Responsable del Manejo de Residuos Sólidos.  
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad.  
Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.  
Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.  
Jefe de la Unidad de Logística.  
Jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento.  
Jefe de la Unidad de Seguros.  
Jefe de la Unidad de Economía.  
Médico especialista en Infectología  
Jefe del Departamento de Cirugía.  
Jefe del Departamento de Medicina  
Jefe del Departamento de Pediatría.  
Jefe del Departamento de Gineco obtetricia.  
Jefe del Departamento de Emergencia.  
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.  
Jefe de Departamento de Enfermería.  
Jefe del Departamento funcional de Farmacia.  
Jefe de Enfermeras del servicio de Emergencia.  
Jefe de Enfermeras del servicio de UCI.  
Jefa de Enfermeras del servicio de Neonatología.  
Jefa de Enfermeras del servicio de Hospitalización de Pediatría y Ginecología.  
Jefa de Enfermeras del servicio de Hospitalización de Medicina y Cirugía.  
Jefa de Enfermeras del servicio de Consultorios Externos.  
Coordinadora de Obstetras.





PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Hospital Carlos Lanfranco la  
Hoz  
Unidad de Epidemiología y  
Salud Ambiental

"Año del buen servicio al ciudadano"

# X.- ANEXOS





10.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ÁREA	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL AÑO 2017												INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSABLES	
		EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SET	OCT	NOV	DIC				
Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de IAAS.	Sistematización de los datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Datos actualizados	100% Las acciones de vigilancia, prevención y control de las IAAS, sistematizados.	Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
	Fortalecimiento de acciones preventivas de las IAAS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Detección del 100% de los casos de IAAS. Mapa microbiológico	Disminución de la incidencia de las IAAS. Mapa microbiológico actualizado.	Comité de Vigilancia, prevención y control de las IAAS. Departamento de laboratorio y anatomopatología clínica.
	Hacer efectivo la limpieza y desinfección de superficies, ambientes y equipos biomédicos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Los ambientes y superficies hospitalarios limpios y desinfectados adecuadamente.	La guía de limpieza y desinfección de ambientes y superficies aplicado al 100%	Unidad de servicios generales y área de Salud ambiental, área de bioseguridad.
	Aplicar el manual de limpieza, desinfección y esterilización de los dispositivos y accesorios utilizados en la atención del paciente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Registro del procedimiento de limpieza, desinfección y esterilización de los dispositivos y accesorios utilizados.	Los dispositivos y accesorios utilizados en la atención del paciente, desinfectados y esterilizados adecuadamente.	Servicio de Central de esterilización y el comité de las IAAS.
	de limpieza, desinfección de la Unidad del paciente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Registro del procedimiento de limpieza, desinfección Unidad del paciente actualizado.	cumplimiento al 100% de guía de de limpieza, desinfección de la Unidad del paciente.	El personal Técnico de enfermería bajo la responsabilidad del profesional de turno en el servicio.
	Actualizar y aplicar la guía de manejo de ropa hospitalaria.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Registro del procedimiento adecuado del manejo de ropa hospitalaria.	cumplimiento al 100% de guía de la guía de manejo de ropa hospitalaria.	Comité de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
	Monitoreo del cumplimiento de las precauciones estándar.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Porcentaje de cumplimiento de las precauciones estándar, por el personal de salud.	Más del 80 % del personal de salud cumple las medidas de bioseguridad.	El responsable del monitoreo y seguimiento de la bioseguridad hospitalaria.
	Elaboración del plan de acciones estratégicas en prevención de la implementación del BUNDLE en Prevención de NAVM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Plan de acciones en prevención de las IAAS elaborado.	Más del 80 % de las actividades del plan cumplidos.	Comité de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
	Elaboración de una guía de manejo de ropa hospitalaria en la institución.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Guía de implementación del BUNDLE en Prevención de NAVM, elaborado.	Aprobado con RD.	Comité de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
	Elaboración de una guía de limpieza, desinfección de la Unidad del paciente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Guía de implementación del BUNDLE en prevención de las IHO en post cesárea, elaborado.	Aprobado con RD.	Comité de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
Implementación de Normas o Protocolos	Impresión y difusión de normas de prevención de las IAAS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Guía de manejo de ropa hospitalaria en la institución.	Aprobado con RD.	Comité de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
	Monitoreo de requerimientos por servicio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Difusión de las normas de prevención de las NAVM Y IHO.	Aprobado con RD.	Comité de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
	Reunión de capacitación por servicios sobre prevención y control de NAV, y prevención de las IHO, entre otros.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Requerimientos presentados de acuerdo a las necesidades de los servicios.	Cumplimiento del 100% de los requerimientos en más del 80%.	Área de comunicaciones y Relaciones públicas.
	Aplicar listas de cotejo- Modelo Bundle, en prevención de las NAVM, IHO en post cesaradas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Charlas, talleres, inducción realizados en los servicios asistenciales críticos.	El 100% del personal asistencial han sido entrenados en la aplicación de la lista.	Unidad de logística en coordinación con el comité de las IAAS.
	Reunión de capacitación por servicios sobre prevención y control de NAV, y prevención de las IHO, entre otros.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Porcentaje de cumplimiento de las medidas preventivas de las NAVM, Y IHO.	El 100% de las medidas preventivas ejecutadas.	Área de capacitación y desarrollo personal, Unidad Epidemiología y salud ambiental.
	Aplicación de listas de cotejo al momento de la colocación de la TEET, en función a la colocación del dispositivo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Aplicación de la lista de cotejo al momento de la colocación del TEET.	En el 100 de los pacientes con terapia ventilatoria, se han aplicado la lista.	Profesional de la salud ( Enfermera (o), Obstetra), que este de turno en el servicio asistencial.
	Análisis y difusión de los resultados obtenidos de manera periódica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Elaboración de los informes, de los resultados obtenidos.	Elaboración de 10 informes sobre las medidas preventivas implementadas.	Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
	Evaluación de actividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Evaluación trimestral de todas las actividades.	Cumplimiento de las actividades programadas del plan, en más del 80%.	Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental y comité de las IAAS.





**HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ**

**COMITÉ DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADO A LA ATENCIÓN DE SALUD.**

**PREVENCIÓN DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR MECÁNICO – UCI**

**PAUTAS DE COTEJO DE CONCEPTO BUNDLE**

FECHA:..... HCL:.....

PRACTICA	0-6 hr	6-12 hr	12-18 hr	18-24 hr
Higiene de manos según los momentos				
Elevación de la cama del paciente entre 30 á 45°				
Evaluación de la sedación, utilizando escala de sedación.				
Evaluación del destete del ventilador mecánico.				
Técnica de aspiración de secreciones y manejo de fluido contaminado.				
Higiene oral				
Insuflación, medida manual de cuff				
Verificación de SNG antes de dieta enteral				
CUMPLIMIENTO BUNDLE				

LEYENDA:

Se considera el cumplimiento del paquete, siempre y cuando se hayan realizado las 8 medidas: SI

Se considera el incumplimiento del paquete, cuando vasta uno de las medidas no se realizó: NO





### INSTRUCTIVO

El bundle es un conjunto de medidas aplicables en prevención de las neumonías asociado al ventilador mecánico, con grado de evidencia científica muy fuerte, que tiene por objetivo disminuir las neumonías en los pacientes con VM, para ello es absoluto el cumplimiento de todas las medidas (del todo o nada).

La evaluación de estas medidas no tiene carácter punitivo, la aplicación de la misma estará sujeto a la veracidad teniendo en cuenta los principios bioéticos.

El presente paquete de medidas consta de 8 medidas o actividades y su aplicación consiste:

Marcar con un check, si es que se cumplió con la medida señalada

Marca con un aspa, si es que la medida no ha sido cumplida

El paquete de medidas será aplicado cada 6 horas durante las 24 horas mientras dure su estancia hospitalaria a cada paciente de forma individual.

Condiciones específicas para considerar una evaluación satisfactoria en cada ítem.

ITEMS	CONDICION
Higiene de manos según los momentos.	El lavado de manos, es fundamental en todo proceso de atención, para ello se debe considerar los momentos del lavado de mano clínico; y aplicar la técnica adecuada.
Elevación de la cama del paciente entre 30 á 45°	Se tendrá realizar una medición de manera mecánica y técnica utilizando una regla, escuadra u otro dispositivo, la elevación de la cabecera del paciente.
Evaluación de la sedación.	Aplicando la técnica y la escala correcta se debe evaluar la posibilidad de ir disminuyendo la sedación, tanto en dosis y en frecuencia.
Evaluación del destete del ventilador mecánico.	En función a la evaluación de la sedo analgesia, se intentará la posibilidad del weaning.
Técnica de aspiración de secreciones y manejo de fluido contaminado.	Procedimiento que consiste en extracción del fluido acumulado, sobre el balón de neumotaponamiento; por otro lado está la aspiración de la cavidad oro faríngea. Aplicar la técnica adecuada para ambos procedimientos.
Higiene oral	Se debe realizar con un antiséptico, en forma de colutorio, clorhexidina al 0.12%, dilución con yodopovidona solución al 10%, agua carbonatada, dilución con peróxido de hidrogeno.
Insuflación, medida manual de cuff	Medición manual del balón de neumotaponamiento, debe estar entre <b>20–25 cm. H2O.</b>
Verificación de SNG antes de dieta enteral	Se debe verificar la posición, permeabilidad, y se debe medir el residuo gástrico, en caso de sospecha de distensión abdominal.





HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA - COMITÉ DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS



PAUTAS DE COTEJO BUNDLE EN PREVENCIÓN DE LAS IHO

SERVICIO:..... TURNO.....FECHA Y HORA:.....

N° de HCL: ..... Edad:..... Emergencia :  Programada:

PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:.....

N°	PREPARACION PRE OPERATORIA EN SITUACION DE EMERGENCIA	SI	NO	SOP				
1	Aplica el 1° momento del lavado de manos			Responsable del monitoreo Enfermera circulante				
2	Lava la zona operatoria con jabón antiséptico y agua por arrastre							
3	Mantiene el vello en su sitio, evita rasurar							
4	Realiza el proceso no más de 30 min. Antes de la intervención							
5	Pincelea la piel con antiséptico residual y efectivo ( Povidona, Clorhexidina)							
<b>PREPARACION PRE OPERATORIA DE LA PIEL EN HOSPITALIZACIÓN.</b>				<b>ARO</b>				
1	Aplica el 1° momento del lavado de manos			Obstetra de turno que atiende a la paciente				
2	Corta el pelo contijera o máquina de cortar vello							
3	Mantiene indemne la piel posterior al procedimiento del corte del vello.							
4	Baño de esponja o ducha , la noche antes o en la mañana del día de la intervención.							
5	Supervisa el baño realizado							
6	Cambia toda la ropa de cama y ropa hospitalaria del paciente, posteriores al baño.							
<b>DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Hosp. G-O</b>	
<b>CUIDADOS EN POST OPERATORIO Y MANEJO DE LA HERIDA</b>		<b>SI</b>	<b>NO SI</b>	<b>NO SI</b>	<b>NO SI</b>	<b>NO SI</b>	<b>NO SI</b>	<b>NO SI</b>
1	Aplica el lavado de manos según los momentos							Enfermera de turno
2	Se manipula la herida sólo si hay signos de infección							
3	Se realiza la curación según necesidad							
4	Se maneja la herida operatoria con gasas secas							
5	Los drenajes se manipulan con técnica aséptica							
6	Los drenajes se mantienen en circuito cerrado.							
7	Se consigna en la hoja de enfermería características							
<b>CUIDADOS EN EL MOMENTO DE LA CURACIÓN DE HERIDA.</b>								<b>Hosp. G-O</b>
1	Aplica el 1° momento del lavado de manos							Profesional asistente del rocedimiento
2	Descubre la herida y elimina el apósito							
3	Abre el equipo estérilo sin contaminar							
4	Postura de guantes según técnica							
5	Observa las condiciones de incisión							
6	Limpia la piel que rodea la incisión , con antiséptico en una sola dirección con tórculas de un solo uso							
7	Cubre la incisión con gasa o apósito estéril							
8	Retira los guantes							
9	Fija los apósitos en forma segura							
10	Retira el equipos utilizados							
11	Aplica el 4° momento del lavado de manos							

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA FICHA:.....

.....





**ANEXO N°01  
FORMATO DE REQUERIMIENTO DE BIENES Y SUMINISTRO  
ADJUDICACION SIN PROCESO (ASP)**

**1. UNIDAD, DEPARTAMENTO O SERVICIO:**

*EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL.*

**2. PROGRAMACION, META, ACTIVIDAD:**

*ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DE LAS IAAS.*

**3. FECHA:**

*28/05/2017*

**4. REQUERIMIENTO: DETALLE DE LA NECESIDAD :**

*Con el objetivo de implementar el plan de mejora orientado a disminuir los casos de infecciones asociados a la atención de salud en los servicios de UCI, y el servicio de Ginecología, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.*

Clasificador de gastos: (2.3.15.12) papelería en general y materiales de oficina.

**DESCRIPCION:**

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>U. MEDIDA</b>
Tóner para Impresora HP Láser Jet 1022	1	Unidades
Hojas Bond tamaño A-4 75 gr.	1	millares
lapiceros azules	50	unidades
lapiceros rojos	50	unidades
correctores líquidos	30	unidades
Tableros acrílicos	30	unidades
Cuadernos para registros de actividades.	10	Unidades

**SOLICITANTE**

**AUTORIZACION DE OFICINA DE ADMINISTRACION**

**FIRMA Y SELLO**

**FIRMA Y SELLO**

NOTA: DEBERA GUARDARSE ESPECIAL CUIDADO AL CONFECCIONAR EL PRESENTE, DESCRIBIENDO LOS BIENES QUE SE SOLICITAN DE LA MANERA MAS DETALLADA POSIBLE. DE SER NECESARIO PODRA UTILIZARSE UN ANEXO PARA ESPECIFICAR LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN.





**ANEXO N°01  
FORMATO DE REQUERIMIENTO DE BIENES Y SUMINISTRO  
ADJUDICACION SIN PROCESO (ASP)**

**1. UNIDAD, DEPARTAMENTO O SERVICIO:**

*EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL.*

**2. PROGRAMACION, META, ACTIVIDAD:**

*ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DE LAS IAAS.*

**3. FECHA:**

*28/05/2017*

**4. REQUERIMIENTO: DETALLE DE LA NECESIDAD :**

*Con el objetivo de proporcionar información actualizada sobre la magnitud de las IAAS, sus factores condicionantes para la toma de decisiones y acciones dirigidas a la disminución de estos daños, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.*

**Clasificador de gastos: (2.3.22.44) Servicio de impresión, encuadernación y empastados.**

**DESCRIPCION:**

CARACTERISTICAS	CANTIDAD	U. MEDIDA
Impresión de formatos de los paquetes de medidas ( cheking lis)	4000	Impresión
Elaboración de banner	2	Impresión
SOLICITANTE	AUTORIZACION DE OFICINA DE ADMINISTRACION	
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	

NOTA: DEBERA GUARDARSE ESPECIAL CUIDADO AL CONFECCIONAR EL PRESENTE, DESCRIBIENDO LOS BIENES QUE SE SOLICITAN DE LA MANERA MAS DETALLADA POSIBLE. DE SER NECESARIO PODRA UTILIZARSE UN ANEXO PARA ESPECIFICAR LAS CARACTERISTICAS DEL BIEN.





## BIBLIOGRAFIA

1. Claudia Fernanda de Lacerda Vidal<sup>1</sup>, Aurora Karla de Lacerda Vidal, José Gildo de Moura Monteiro, Aracele Cavalcanti et. Alt "Impacto de la higiene bucal Cepillado de dientes versus clorhexidina en Prevención de las complicaciones asociadas Neumonía: un estudio aleatorizado" [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5286780/pdf/12879\\_2017\\_Article\\_2188.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5286780/pdf/12879_2017_Article_2188.pdf).
2. J. Elorza Mateos a, N. Ania González, M. Ágreda Sádabaa, M. Del Barrio Linares, M.A. Margall Coscojuela et. Alt "Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica" aceptado el 22 de noviembre de 2010. Visto en <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-valoracion-los-cuidados-enfermeria-prevencion-S113023991000115X>.
3. Villamón Nevot, María José "Evaluación del cumplimiento de un protocolo de prevención de Neumonía asociada a Ventilación mecánica en una UCI polivalente" Abril 2015 visto en <file:///C:/Users/EPI/Downloads/185231-788671-1-PB.pdf>
4. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias "PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA" informe del año 2010 visto en [http://hws.vhebron.net/Neumonia-zero/descargas/Diapositivas\\_NZero.pdf](http://hws.vhebron.net/Neumonia-zero/descargas/Diapositivas_NZero.pdf)
5. Mario Calvo A., Luis Del piano M., Eliana Chacón V., M. Irene Jemenao P., Anamaría Peña D. y Alejandra Zambrano G "Actualización Consenso Neumonía asociada a ventilación mecánica. Segunda parte. Prevención" Revista Chilena de Infectología 2011 visto en <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v28n4/art03.pdf>
6. Camacho Ponce, Ana Fe., García López, Fátima., García López, Fernando., García Rodenas, M<sup>a</sup> José. Et. Alt "MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA" Complejo universitario hospitalario Albacete España 2012 visto en <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/dfe7c632ff70091501b2cdc4ff61e450.pdf>
7. Stephanie Iraiz Núñez Olvera, Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, Javier Alonso Trujillo, Martha Soto Arreola, Octavio Alberto Orozco Reyes Et alt "Cumplimiento de los cuidados de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica" México 2015 visto en <file:///C:/Users/EPI/Downloads/236-1377-1-PB.pdf>
8. Sistema de control de infecciones hospitalarias y la Cooperativa de consumo de entidades médicas del interior "Care Bundle o paquete de medidas" Uruguay 2009 visto en <http://www.cocemi.com.uy/docs/manual%20bundle%20cocemi.pdf>
9. Servicio salud metropolitano occidente hospital san juan de dios unidad de calidad y seguridad del paciente "PAUTAS DE SUPERVISION NORMAS DE IH" Chile 2010 visto en <http://www.hsjd.cl/Intranet/Calidad/Infecciones%20Intrahospitalarias/Normas%20I AAS/Pautas%20cotejo%20IH%20HSJD.pdf>
10. Jaime Ruiz Tovar y Josep M. Badia "Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia" Revista de cirugía Española 2014 visto en [file:///C:/Users/EPI/Downloads/S0009739X13003485\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/EPI/Downloads/S0009739X13003485_S300_es.pdf)

