



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL**

**“Prevención de Infecciones Intrahospitalarias.
Hospital Pablo Arturo Suárez. Año 2010”**

Tesis de grado

Autora:

Peñafiel Solano, Nancy Jaqueline, Dra.

Directora:

Buele Maldonado Norita Angelita, Lcda.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2013

CERTIFICACION

Dra.

Norita Angelita Buele Maldonado.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Prevención de Infecciones Intrahospitalarias. Hospital Pablo Arturo Suárez. Año 2010”** realizado por el profesional en formación: Dra. Nancy Jaqueline Peñafiel Solano; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Quito, enero de 2013

f)

CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Dra. Nancy Jaqueline Peñafiel Solano declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autora: Dra. Jaqueline Peñafiel

Cédula: 100189316-1

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

.....

Dra. Nancy Jaqueline Peñafiel S.

DEDICATORIA

A Dios creador, por su amor infinito

A mis preciosos hijos por ser la luz en mi camino y fuente de inspiración en mi vida.

A mi esposo por su apoyo incondicional.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más profundo agradecimiento a Dios, mi creador, mi fortaleza y sustento en todo momento de mi vida,

A mi tutora Dra. Norita Buele por su calidad humana y su valioso aporte en la realización del presente trabajo.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron a la consecución de una meta más en mi vida.

La Autora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág.
CERTIFICACION.....	i
CESIÓN DE DERECHOS.....	ii
AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE CUADROS.....	viii
ÍNDICE DE GRAFICOS.....	ix
1.RESUMEN EJECUTIVO.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. PROBLEMATIZACIÓN.....	7
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
4.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	8
5. JUSTIFICACIÓN.....	9
6. OBJETIVOS.....	11
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
7. MARCO TEÓRICO.....	12
7.1 ASPECTO GEOGRÁFICO.....	12
7.2 DINÁMICA POBLACIONAL.....	12
7.3 LA MISIÓN INSTITUCIONAL.....	13
7.4 LA VISIÓN INSTITUCIONAL.....	13
7.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.....	14
7.6 SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN.....	16
7.7 DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA.....	17
7.8 CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	19
7.9 MARCO LEGAL.....	19
8. MARCO CONCEPTUAL.....	21
9. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
10. RESULTADOS.....	29
11. CONCLUSIONES GENERALES.....	41

12. RECOMENDACIONES.....	43
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
14. ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°. 1 Servicios que presta la Institución	16
Cuadro N°. 2 Diez Primeras Causas de Morbilidad por Egreso Hospitalario.	17
Cuadro N°. 3 Diez Primeras Causas de Mortalidad por Egreso Hospitalario. Enero a Junio de 2010.....	18
Cuadro N°. 4 Matriz de Involucrados.....	25
Cuadro N°. 5 Matriz de Marco Lógico.....	28
Cuadro N°. 6 Cronograma del Comité de Infecciones Intrahospitalarias.....	31

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico N°. 1 Estructura Organizacional por Procesos del Hospital	15
Gráfico N°. 2 Diez primeras causas de mortalidad hospitalaria.....	18
Gráfico N°. 3 Árbol de Problemas	26
Gráfico N°. 4 Árbol de Objetivos.....	27

1. RESUMEN EJECUTIVO

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) son una consecuencia indeseada de la actividad asistencial. Son evitables dependiendo de la situación del hospital y del tipo de servicio que presta. En el Hospital Pablo Arturo Suárez no se lleva un plan de prevención de infecciones intrahospitalarias, el Comité de Infecciones no está vigente ya que no disponen de un médico epidemiólogo o personal capacitado en el control y vigilancia de las infecciones por ende el personal tiene escaso conocimiento de las normas de prevención.

La preocupación por reducir los riesgos de infección intrahospitalaria y sus consecuencias en la salud de los pacientes, así como la necesidad de impulsar la medicina preventiva fue lo que motivó la realización del presente trabajo.

El proyecto de implementación del Manual de Prevención de Infecciones en el Hospital Pablo Arturo Suárez en el año 2010 tuvo un impacto positivo para la institución debido a que ya cuentan con un documento que estandariza las actividades de prevención, manejo y control de infecciones.

El resultado fue un Comité de Infecciones reactivado trabajando en vigilancia y control, el Manual implementado y el personal capacitado en normas de prevención

2. ABSTRACT

Nosocomial Infections (NI) is an unintended consequence of health care activity. Avoidable depending on the situation of the hospital and the type of service provided. In the Hospital Pablo Arturo Suarez takes a plan to prevent nosocomial infections, Infection Committee is not in effect because it does not have a doctor or trained epidemiologist in the control and surveillance of infections therefore staff has little knowledge prevention standards.

The concern for reducing the risk of nosocomial infection and its consequences on the health of patients and the need to promote preventive medicine was what motivated the present work.

The proposed implementation of the Manual on Prevention of Infections in the Hospital Pablo Arturo Suarez. Year 2010, had a positive impact on the institution as they have a document that standardizes the prevention, management and infection control.

The result was a committee working on reactivated infections surveillance and control, the Manual implemented and staff trained in prevention regulations.

3. INTRODUCCIÓN

Una Infección Intrahospitalaria¹ se presenta en un paciente hospitalizado en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento de la internación. Se consideran intrahospitalarias las infecciones que ocurren 48 horas después del ingreso². Los factores que propician la infección en los pacientes hospitalizados son múltiples como:

- *La reducción de la inmunidad* en pacientes de edades extremas: niños y ancianos, personas enfermas o sometidas a tratamientos.
- La mayor variedad de *procedimientos médicos y técnicas invasivas* que originan posibles vías de infección;
- Mayor número de personas en condiciones de *hacinamiento*.
- La transmisión de bacterias fármaco-resistentes donde las *prácticas deficientes de control de infecciones y el mal uso de los antibióticos* promueven la resistencia a esos medicamentos.

En el Hospital Pablo Arturo Suárez no existe un Manual de prevención de Infecciones Intrahospitalarias adecuado a su realidad, en los diferentes servicios cada jefatura del piso ha adecuado algunos protocolos de manejo pero no son prácticas de consenso que se apliquen para todo el hospital, hace falta llevar un registro de casos y estadísticas para poder adoptar las medidas pertinentes.

Se observa la necesidad de aplicar en el Hospital Pablo Arturo Suárez un programa de control de infecciones intrahospitalarias para disminuir el riesgo de que el personal y los pacientes contraigan o las propaguen, por ser un hospital de referencia nacional el flujo de pacientes atendidos diariamente es elevado.

Para conseguir este objetivo hay varias acciones que se deben realizar:

¹ Ducl G et al. 2006 Guía práctica para la lucha contra la infección hospitalaria. WHO/BAC/.

² www.higienedemanos.org 2008

- ✓ Concientizar al personal que labora en el hospital sobre la importancia de prevenir las infecciones intrahospitalarias, conocer los factores de riesgo y evitarlos.
- ✓ Aplicar correctamente las medidas de prevención y manejo sugeridas, todo ello enmarcado en la gestión y apoyo que la institución brinde al programa a través de sus directivos.
- ✓ Difundir el conocimiento a todos los actores involucrados, sobre los riesgos a los que están expuestos los pacientes y el personal médico, enfermeras y auxiliares que diariamente están en contacto con el paciente

En el Hospital Pablo Arturo Suárez como en la mayoría de entidades de salud del país, se aplican parcialmente las medidas de prevención y control de infecciones por varias razones, entre ellas la falta de un documento redactado acorde a su realidad. Existieron limitantes respecto al escaso presupuesto disponible en el Hospital para adquirir materiales e insumos de limpieza y desinfección, equipos de protección personal e incluso para adquirir reactivos de laboratorio, mismos que al inicio del nuevo año 2011 se solventaron siendo posible continuar con el proyecto.

Por otro lado, a nivel mundial la utilización indiscriminada de antibióticos ha traído como consecuencia un relajamiento en el cumplimiento de las medidas de asepsia por la falsa sensación de seguridad que proviene de contar con dichos elementos en el tratamiento de las infecciones, pero ha incrementado la resistencia de las bacterias a los antibióticos que ya no son eficaces para controlar algunos tipos de infecciones que en años anteriores cedían con la terapia convencional.

Toda entidad de salud está en la obligación de proporcionar seguridad de carácter general y accesoria³ durante todo el tiempo que el paciente permanece bajo su cobertura, esto significa que la institución de salud debe evitar que los pacientes sufran daños como consecuencia de la propia internación.

³ OPS. Infecciones hospitalarias legislación en América latina.2007

Los principios básicos de higiene, desinfección y antisepsia fueron creados por tres grandes innovadores: Ignaz Semmelweiz, Joseph Lister y Florence Naigtingale en forma totalmente independiente y cada uno en su propia circunstancia de la práctica médica que le tocó vivir. Sus contribuciones datan de la mitad del siglo pasado y sus recomendaciones siguen vigentes 159 años después. No ha habido una contribución fundamental que haya cambiado los principios de higiene, desinfección y antisepsia generados por estos tres pioneros.

La prevención de las infecciones se logra si se respetan estos tres principios:

1. Higiene
2. Desinfección
3. Antisepsia

Con el presente trabajo los aspectos conseguidos son:

1. Actualización del Diagnóstico situacional del Hospital Pablo Arturo Suárez al año 2010 en base a los registros disponibles en el Departamento de Estadística.
2. Reactivación del Comité de Infecciones Intrahospitalarias el mismo que no había podido ser puesto en funciones a pesar de estar oficialmente constituido. Con la reactivación del Comité se logró coordinar un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica de acuerdo a las necesidades del hospital, se siguen realizando mensualmente las reuniones del Comité de Infecciones.
3. Se elaboró un Manual de Normas para el control de Infecciones Intrahospitalarias⁴ tomando como referencia las normas internacionales existentes al respecto, tales como las emitidas por la OMS y OPS y las Guías

⁴ Consejo Nacional de Salud del Ecuador, CONASA. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito, 2006.

de Manejo de Desechos, Bioseguridad y Control de Infecciones emitidas por el CONASA y el Ministerio de salud Pública del Ecuador⁵.

4. Se cuenta al momento con personal capacitado en las normas de control y vigilancia epidemiológica, se están aplicando los formatos sugeridos para el reporte de casos en todo el Hospital.
5. El Comité de Infecciones está comprometido con la actualización periódica y el control de las actividades de vigilancia epidemiológica establecidas para que se cumplan las normas.
6. En lo que va del presente año no se han reportado nuevos casos de Infecciones Intrahospitalarias.

⁵ **Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal. (en construcción) 2008.

4. PROBLEMATIZACIÓN

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, “un promedio del 8,7% de los pacientes internados en un hospital presentan infecciones nosocomiales, debido a complicaciones de heridas quirúrgicas, tracto urinario, vías respiratorias inferiores y las asociadas al uso de catéteres”⁶(Ocampo, 2007)

La vulnerabilidad frente a estos microorganismos es variable dependiendo de cada individuo, siendo los pacientes geriátricos, los inmunodeprimidos, los que reciben quimioterapia y los neonatos los más susceptibles ya que su sistema inmune está debilitado lo que facilita la colonización de los microorganismos⁷. Los microorganismos causantes de estas infecciones, suelen ser difíciles de tratar ya que presentan resistencia a los antibióticos habituales, por lo que es necesario impulsar el uso racional de antibióticos por parte del personal médico.

El sistema de vigilancia epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias en América Latina calcula que de cada cien pacientes hospitalizados de 5-7 adquieren una infección intrahospitalaria, en nuestro país constituye una tasa del 7% contribuyendo al incremento de la morbilidad, mortalidad y costo de hospitalización.

Las infecciones intrahospitalarias son causa importante de una elevada morbimortalidad en pacientes hospitalizados, representan una carga social y económica significativa para el paciente y el sistema de salud ya que requieren desviar los limitados recursos asignados al hospital para contrarrestar enfermedades y tratamientos que pudieron evitarse⁸.

- En el Hospital Pablo Arturo Suárez **hay subregistro de las infecciones Intrahospitalarias** tratadas en los diferentes servicios ya que en las historias clínicas no constan descritas como “Intrahospitalarias” o relacionadas con los procedimientos realizados por lo que no se dispone de estos datos; no existen

⁶ OCAMPO, José Eliceo. Costos y Evaluación de Proyectos. Editorial Patria. México 2007. Pág 99.

⁷ www.elmundo.es. salud; Infecciones intrahospitalarias un problema común. Marzo 2007

⁸ Salvatierra-González, R. COSTO DE LA INFECCION NOSOCOMIAL OPS. 2009

estadísticas de incidencia o prevalencia de infecciones intrahospitalarias, esto ha hecho que no se pueda apreciar la verdadera situación de salud del hospital, y no se haya tomado conciencia de la importancia de tomar medidas de prevención al respecto.

- El Hospital Pablo Arturo Suárez no cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica. El **Comité de Infecciones** creado años atrás no ha podido ser puesto en funcionamiento a pesar de estar oficialmente constituido, esto crea la necesidad de reactivarlo. Tampoco se ha logrado **contratar un médico epidemiólogo** de planta quien sería el responsable de llevar adelante este programa.
- El Hospital **no cuenta con protocolos y normas de manejo en prevención y control de infecciones** por lo que se ve la necesidad de consolidar un **Manual de prevención y control de infecciones intrahospitalarias** acorde a su realidad.
- **El Personal tiene escaso conocimiento** en normas de prevención y control de infecciones

De acuerdo con la misión y visión del hospital, el objetivo de este proyecto será contar con un sistema de vigilancia que permita ayudar a prevenir las infecciones intrahospitalarias, personal capacitado en normas de bioseguridad y comprometido en cumplirlas para proteger la salud de los empelados y la comunidad en general lo que garantizará proporcionar una atención de salud integral y de calidad en forma permanente.

El trabajo realizado se podrá aplicar a nivel de todos los servicios del hospital.

4.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Será que la implementación de un Manual de prevención de Infecciones y el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica en el Hospital Pablo Arturo Suárez ayudará a prevenir y controlar las Infecciones Intrahospitalarias?

5. JUSTIFICACIÓN

Considero importante y necesario implementar un sistema de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias debido a que el hospital realiza escasa gestión en prevención de infecciones, lo que incrementa el riesgo del paciente de contraer infecciones cruzadas que puedan afectar su salud, ocasionando complicaciones sobreañadidas a su patología de base, hospitalización prolongada, mayor inversión económica y aumento de la morbimortalidad.

Otra razón importante para la realización de este proyecto es por la ausencia de un Manual de Prevención de Infecciones y se necesita establecer normativas generales que rijan las actividades en todos los servicios. En nuestro medio se producen condiciones que favorecen la aparición de las infecciones Intrahospitalarias y no se tiene un enfoque dirigido a la prevención en los diferentes servicios de manera permanente, por lo que se desconoce la verdadera magnitud de este problema

Es necesario estandarizar las normas de bioseguridad a todo el personal hospitalario mediante la difusión y aplicación del conocimiento ya que la mayor incidencia de infecciones se da por no cumplir con adecuadas normas de seguridad e higiene. El personal que labora en la institución debe conocer, dentro de la cadena de infección, las vías de entrada, salida y los medios de transmisión, para que pueda aplicar en forma correcta las normas de asepsia, antisepsia y se logre de esta manera romper la cadena de propagación de infecciones. Con la implementación del proyecto se logrará concientizar a las autoridades de la institución sobre la importancia de aplicar las normas de prevención y bioseguridad que deben manejar sus empleados para garantizar la seguridad en la atención en salud que brindan a sus pacientes.

Al seguir un plan de vigilancia epidemiológica se podrán obtener los siguientes beneficios:

- Conocer la morbilidad y mortalidad de las IIH y sus tendencias en el tiempo.
- Conocer los factores de riesgo de las IIH y sus tendencias en el tiempo.
- Detectar brotes epidémicos de las IIH en forma precoz.

- Aportar información para establecer medidas de prevención y control de IIH.
- Aportar información para investigaciones epidemiológicas.
- Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control realizadas.
- Aportar información para la comparación entre hospitales.⁹
- Abaratar costos de hospitalización ya que se evitará prolongar la estancia hospitalaria, lo que ocasiona un mayor gasto tanto para la institución como para el paciente.
- Se controlarán gastos adicionales al optimizar el uso antimicrobianos ya que los de mayor espectro son más sofisticados y generalmente caros; también se controlan los gastos adicionales para los métodos de diagnóstico.
- Se mejorará la calidad de atención al evitar complicaciones que puedan poner en peligro la vida del paciente.
- Todo ello conllevará a incrementar la ventaja competitiva del Hospital Pablo Arturo Suárez respecto a la calidad de atención a nivel público en el Ecuador a través de la mejora en la aplicación de las capacidades organizativas, lo que llevará a superar las debilidades y afianzar las fortalezas del Hospital.¹⁰

⁹ www.conasa.gob.ec/index.php?option=com Congreso Internacional de Prevención de **Infecciones Intrahospitalarias 2010**, Convenio MSP- USAID STOP/AI, evaluaciones de prevención y control de IIH

¹⁰ **Ministerio de Salud Pública del Ecuador**. Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal. (en construcción) 2008.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones Intrahospitalarias, mediante la aplicación de un sistema de vigilancia epidemiológica con la implementación de un Manual de Prevención de Infecciones, en el Hospital Pablo Arturo Suárez, año 2010.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reactivar el Comité de Infecciones intrahospitalarias con carácter multidisciplinario con la finalidad de crear un sistema de vigilancia epidemiológica y evaluar la eficacia de las intervenciones.
2. Elaborar e implementar un Manual de Prevención de infecciones intrahospitalarias acorde a las necesidades del hospital en el que se recopilen las instrucciones y prácticas recomendadas para la atención de los pacientes.
3. Capacitar al personal médico y asistencial en la prevención de infecciones intrahospitalarias.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 ASPECTO GEOGRÁFICO



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: www.wallacedigital.blogspot.com

Fecha: Junio 2010

El Hospital Pablo Arturo Suárez está situado en el noroccidente de Quito a pocos kilómetros del Volcán Guagua Pichincha en el barrio San Carlos entre las calles Ángel Ludeña y Guerrero. Se establece con la denominación de Hospital Pablo Arturo Suárez el 11 de Diciembre en 1974.

“El Hospital Pablo Arturo Suárez cuenta con una superficie de 35.000 metros cuadrados de espacios verdes y 14.000 metros cuadrados de construcción en cuatro plantas, de dos alas, con 15 salas de hospitalización.

La edificación tiene en un 40% construcción antigua y en un 60% construcción nueva (2005) actualmente funcionales en las que se encuentran las oficinas de administración y recursos humanos”.

7.2 DINÁMICA POBLACIONAL

El Hospital Pablo Arturo Suárez es una Unidad operativa del Sistema Nacional de Salud Pública del Ministerio que se halla ubicada al norte de la ciudad de Quito. Por el tipo de atención es un hospital general; por el tiempo de permanencia de los pacientes en hospitalización, es una unidad de agudos. Brinda atención integral de salud a la población con acciones de prevención, curación,

rehabilitación, docencia, investigación y educación en su área de influencia y jurisdicción.

El Hospital Pablo Arturo Suárez tiene la categoría de Hospital Docente, de acuerdo a la clasificación del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, le corresponde el segundo nivel de atención y debe contar con las cuatro especialidades básicas: Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Pediatría.

El total de la población de la provincia de Pichincha es de 2.461.126 (Proyectada 2010) y de este total el porcentaje de población que teóricamente está asignado al Hospital Pablo Arturo Suárez es de 52%, distribuido en 10 Áreas de Salud.¹¹

7.3 LA MISIÓN INSTITUCIONAL

“Dar atención de segundo nivel en las prestaciones de servicios de salud con un enfoque integral, intercultural, de equidad, universalidad, solidaridad y participación social”

7.4 LA VISIÓN INSTITUCIONAL

“Para el 2013 el Hospital Pablo Arturo Suárez será una unidad modelo en la prestación de Servicios de Salud Pública con las cuatro especialidades básicas y sub especialidades, cumplirá con el rol de Hospital General Base, cubriendo la demanda de atención de la zona norte de la ciudad de Quito y de la Provincia de Pichincha, acreditada por la labor encomiable de su función y comprometida con la comunidad. Tendrá la más alta calidad técnica y administrativa en su gestión, basada en la investigación científica, en la formación del talento humano para la excelencia mediante la capacitación y docencia. Contará para ello con infraestructura moderna y segura, así como el equipamiento suficiente de alta tecnología”.

¹¹ Plan Estratégico del Hospital Pablo Arturo Suárez. Servicio de Estadística. Quito. Junio 2008

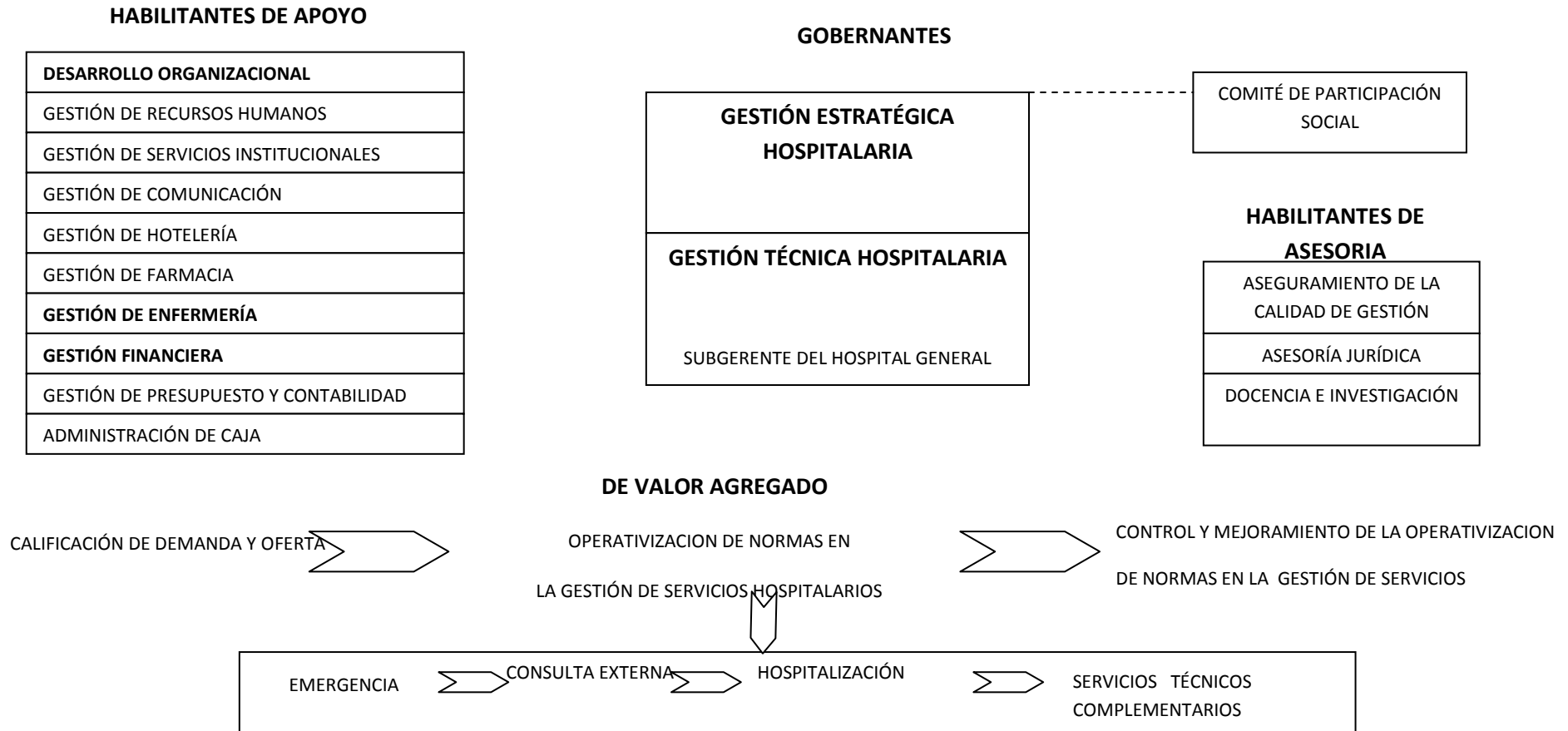
7.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

El Hospital está en una transición del modelo Directivo – Normativo - Vertical al modelo de Organización Horizontal por Procesos desde el año 2005 dispuesto por el MSP. Sin embargo, el Hospital mantiene por situaciones legales y de funciones administrativas, el modelo Directivo-Normativo-Vertical. El Modelo de Organización por procesos, en cambio responde a la necesidad de introducir el enfoque de Mejoramiento Continuo de la Calidad; propone la nominación de las nuevas funciones y/o roles del Talento Humano que son:

- Proceso de gerencia: Gerente General del Hospital, Subgerente;
- Procesos Habilitantes de Apoyo: Gestión de Talento Humano, Gestión de Enfermería, Gestión Financiera, Gestión de Calidad, Gestión de Comunicación.
- Procesos Habilitantes de Asesoría: Aseguramiento de la Calidad, Asesoría Jurídica, Auditoría Interna, Ciencia y Tecnología.
- Procesos agregadores de valor: Consulta Externa, Hospitalización, Centro Quirúrgico Obstétrico, UCI, Docencia. Servicios de Diagnóstico y tratamiento.¹²

¹² Plan Estratégico del Hospital Pablo Arturo Suárez. Servicio de Estadística. Quito. Junio 2008

Gráfico N°. 1 Estructura Organizacional por Procesos del Hospital



7.6 SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

Actualmente el Hospital Pablo Arturo Suárez cuenta con modernos y mejorados servicios que permiten brindar una atención de calidad a todos sus usuarios, los servicios son:

Cuadro Nº. 1 Servicios que presta la Institución

ESPECIALIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
EMERGENCIA
GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA
MEDICINA INTERNA
TRAUMATOLOGÍA
CIRUGÍA
PEDIATRIA – NEONATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA
LABORATORIO
RAYOS X
REHABILITACIÓN
TRABAJO SOCIAL
TERAPIA INTENSIVA

Elaborado por: Dra .Jaqueline Peñafiel

Fuente: Dpto. de Recursos Humanos HPAS.

Fecha: Junio 2010

El Hospital Pablo Arturo Suárez, para el inicio del presente quinquenio del 2009 al 2013 se integra al proceso del Sistema Regionalizado de Servicios de Salud, para ello es necesario visualizar el contexto general social de la población a la que debe atender tanto cualitativa como cuantitativamente. El HPAS en la actualidad cuenta con modernas y mejorados servicios de infraestructura, para brindar una atención de calidad a todos los usuarios.

7.7 DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA

Perfil Epidemiológico del Hospital Pablo Arturo Suárez

El perfil epidemiológico observado en el Hospital PAS, guarda similares características epidemiológicas del resto de la ciudad de Quito y de la Provincia de Pichincha. Se sitúan entre las cinco primeras causas de morbilidad las enfermedades del aparato respiratorio, urinarias, digestivas, traumatológicas y crónicas degenerativas, y de suma importancia los problemas de la madre.

**Cuadro N°. 2 Diez Primeras Causas de Morbilidad por Egreso Hospitalario.
Enero a Diciembre de 2010**

No.	CÓDIGO CIE 10	10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD HPAS. ENE-DIC-2010	SEXO		TOTAL CASOS	%
			HOMBRE	MUJER		
1	K80-k83	TRASTORNO DE LA VESICULA BILIAR Y VIAS BILIARES	118	343	461	6,45
2	K35	APENDICITIS AGUDA	180	179	359	5,02
3	O03-O06	ABORTOS		277	277	3,88
4	T02	FRACTURAS	132	65	197	2,76
5	E10-E14	DIABETES MELLITUS Y COMPLICACIONES	65	126	191	2,67
6	J10-J18	INFLUENZA	84	95	179	2,51
7	P08	EMBARAZO PROLONGADO Y SOBREPESO AL NACER	81	45	126	1,76
8	K40-K46	HERNIAS	71	49	120	1,68
9	D25	LEIOMIOMA DEL UTERO		114	114	1,60%
10	O00-O02	EMBARAZO ECTOPICO-MOLAR-ANEMBRIÓNADO		113	113	1,58%
		OTRAS CAUSAS	1169	1898	3067	42,93%
SUBTOTAL			1900	3304	5204	
	O80	PARTO UNICO ESPONTANEO		1553	1553	21,74%
	O82	CESAREA ANTERIOR		166	166	2,32%
	Y95	AFECCION NOSOCOMIAL	5	7	12	0,17%
	Z40-Z54-Z76	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD PARA ATENCION U OTRAS CIRCUNSTANCIAS	65	145	210	2,94%
TOTAL			1970	5175	7145	100,00%
	Z30	ANTICONCEPCION Y ESTERILIZACION		246	246	12%

Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: Dpto. de Estadística del H. P.A.S. Quito

Fecha: Junio 2010

**Cuadro Nº. 3 Diez Primeras Causas de Mortalidad por Egreso Hospitalario.
Enero a Junio de 2010**

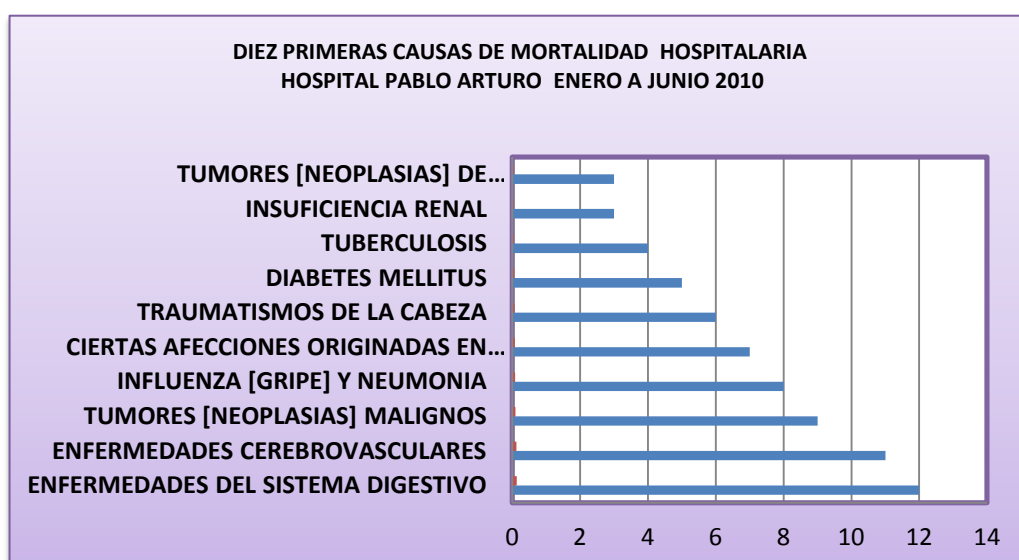
No.	CÓDIGO CIE 10	10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA. HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ. ENERO A JUNIO 2010	TOTAL	%
1	K00-K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	12	13,0%
2	I60-I69	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	11	12,0%
3	C00-C97	TUMORES [NEOPLASIAS] MALIGNOS	9	9,8%
4	J10-J18	INFLUENZA [GRIPE] Y NEUMONIA	8	8,7%
5	P00-P96	AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	7	7,6%
6	S00-S09	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	6	6,5%
7	E10-E14	DIABETES MELLITUS	5	5,4%
8	A15-A19	TUBERCULOSIS	4	4,3%
9	N17-N19	INSUFICIENCIA RENAL	3	3,3%
10	D37-D48	TUMORES [NEOPLASIAS] DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	3	3,3%
SUBTOTAL CAUSAS			68	73,9%
OTRAS CAUSAS			24	26,1%
TOTAL CAUSAS			92	100,0%
TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS			4987	
TOTAL DEFUNCIONES + 48 HORAS			72	
TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA *Por cada 100 egresos hospitalarios			1,44	

Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: Dpto. de Estadística del H. P.A.S. Quito

Fecha: Junio 2010

**Gráfico Nº. 2 Diez primeras causas de mortalidad hospitalaria
Hospital Pablo Arturo enero a junio 2010**



7.8 CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: www.wallacedigital.blogspot.com

Fecha: Junio 2010

El Hospital Pablo Arturo Suárez cuenta con una superficie de 35.000 metros cuadrados de espacios verdes y 14.000 metros cuadrados de construcción en cuatro plantas, de dos alas, con 15 salas de hospitalización. La edificación tiene en un 40% construcción antigua y en un 60% construcción nueva (2005).

7.9 MARCO LEGAL

- REGISTRO OFICIAL N° 338¹³. Segundo Suplemento. 10 de Diciembre de 2010. Administración del Señor Ec. Rafael Correa Delgado. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:** 00000681 Expídese el Reglamento Sustitutivo al Reglamento para el manejo adecuado de los desechos infecciosos generados en las instituciones de salud en el Ecuador.
- Art. 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir.
- Art. 15.- El Estado promoverá, en el sector público y privado, el uso de Tecnologías ambientalmente limpias y de energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto. La soberanía energética no se alcanzará en detrimento de la soberanía alimentaria, ni afectará el derecho al agua.

¹³ www.derechoecuador.com

- Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”

8. MARCO CONCEPTUAL

1. **Gerencia:** Es la actividad de gerenciar o poner en práctica todo tipo de técnicas y métodos que puedan organizar el funcionamiento de una institución
2. **Gerente:** Para llegar a ocupar un puesto de gerente una persona debe contar con ciertas aptitudes que pueden adaptarse en mayor o menor medida a cada situación particular, entre ellas, encontramos la buena presencia, el trato respetuoso hacia los colegas, una actitud de liderazgo y de guía, autoridad y seriedad, entre otras. Todas estas características tienden a facilitar la generación de espacios de trabajo adecuados en los cuales los gerentes pueden encontrar mejores resultados a sus pedidos y sugerencias.
3. **Gerencia en Salud:** Es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las organizaciones públicas y privadas orientadas al cuidado y fomento de la salud, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos.
4. **Infección intrahospitalaria:** Es toda infección adquirida durante la internación del paciente, que no estaba presente o incubándose al momento de la admisión.
5. **Manual:** Un manual de procedimientos es el documento que contiene la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad administrativa. El manual incluye los puestos o unidades administrativas que intervienen precisando su responsabilidad y participación.
6. **Concepto:** Palabras o términos de carácter técnico que se emplean en el procedimiento, las cuales, por su significado o grado de especialización requieren de mayor información o ampliación, para hacer más accesible al usuario la consulta del manual.

- 7. Procedimiento** (descripción de las operaciones): Presentación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las operaciones que se realizan en un proyecto, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué, y cuánto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo.
- 8. Epidemiología:** Es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas.¹⁴
- 9. Vigilancia epidemiológica:** Es un proceso de investigación continua para la acción y reacción inmediata¹⁵, que permite profundizar el conocimiento para poder evaluar y tomar medidas de intervención a través del análisis de indicadores de resultados e impacto. Además, su uso en la administración, permite establecer prioridades para la racionalización de los recursos y mejorar la coordinación de los niveles de prestación de servicios de salud.
- 10.El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias (SVEIIH):** se define como la agrupación de diversos componentes de la estructura organizativa del Ministerio de Salud¹⁶ en mutua interacción, que permita la observación consistente y activa de la frecuencia y distribución de los procesos infecciosos adquiridos en los hospitales, a fin de asegurar que la información obtenida, sustente la toma de decisiones orientadas al control de infecciones, su prevención y las responsabilidades de los integrantes del equipo de Salud.
- 11.Brote Epidémico:** Es el aumento inusual, por encima del nivel esperado (tasas del período pre-epidémico), de la incidencia de determinada enfermedad, en general en un corto período de tiempo, en una sola población o grupo de pacientes.

¹⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Epidemiologia_de_las_infecciones_nosocomiales.

¹⁵ <http://www.msp.gov.ec/index.php?option...id>. Vigilancia *Epidemiológica*

¹⁶ <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsea/e/fulltext/intrahos/intrahos.pdf> Peru. 2006

12. Nosocomial: El Término Nosocomial se origina de la palabra griega: Nosos: Enfermedad y Komeion: Tener cuidado de, que se puede definir como una condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina que no estaba presente o en un período de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital. Esta infección ocurre generalmente desde las 48-72 horas del ingreso del paciente al hospital y 48 horas posterior a su alta del hospital o en el que hay evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento de base.

La infección intrahospitalaria o infección nosocomial es una enfermedad endemo-epidémica de los establecimientos hospitalarios, controlable pero difícilmente erradicable, que está directamente relacionada con la calidad de la atención médica de cada establecimiento.

Una Infección Hospitalaria (IH) es toda infección adquirida durante la internación y que no estuviese presente o incubándose al momento de la admisión del paciente. En el caso de las heridas quirúrgicas la infección puede manifestarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de prótesis. El personal de los hospitales puede adquirir una IH como consecuencia de un accidente durante el desarrollo de sus actividades.

Las IH existen en todos los establecimientos de salud del mundo, independientemente de la complejidad, desarrollo y nivel socio-económico cultural, pudiendo variar su presentación según la calidad de los pacientes y la atención que se brinda.

Las IH afectan desde un 3% a un 17 % de las personas que requieren internación, teniendo como consecuencia un sustancial incremento de la enfermedad, fallecimientos y costos para el centro hospitalario en cuestión. Puede afirmarse que las IH contribuyen al incremento de la mortalidad en aproximadamente un 4% y son causales de las mismas en el 1%.

Adquirir una IH depende fundamentalmente de:

- Factores de riesgo propios del paciente (enfermedad aguda, alcoholismo, tabaquismo, diabetes, inmunodeficiencia, coma, obesidad, desnutrición, insuficiencia renal, drogodependencia, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia hepática, nacimiento prematuro, accidente cerebrovascular, entre otras.)
- Factores de riesgo propios del hospital (procedimientos invasivos como parte de su tratamiento, como por ejemplo: intervenciones quirúrgicas, asistencia respiratoria mecánica, colocación de catéteres venosos, centrales y/o periféricos, colocación de sondas vesicales, colocación de prótesis, etc.)
- Las IH son causadas por
 - Microorganismos que habitan en los propios pacientes como parte de su flora habitual y que, cambiados de lugar, pueden producir una infección (por ejemplo: gérmenes de la materia fecal que por rascado lleguen a una herida en un miembro).
 - Microorganismos presentes en el ambiente hospitalario que pueden ingresar al paciente a través de alguna de las prácticas médicas que se realizan para curar su enfermedad.
 - Microorganismos que pueden pasar de una persona a otra (personal, pacientes, visitas) a través de las manos o el aire.

Las autoridades sanitarias admiten que los costos que generan las IH se pueden disminuir en un 30% si se implementan buenos programas de prevención y control, por lo que el funcionamiento de los mismos no solo se autofinanciaría sino que originaría importante ahorro.

9. DISEÑO METODOLÓGICO

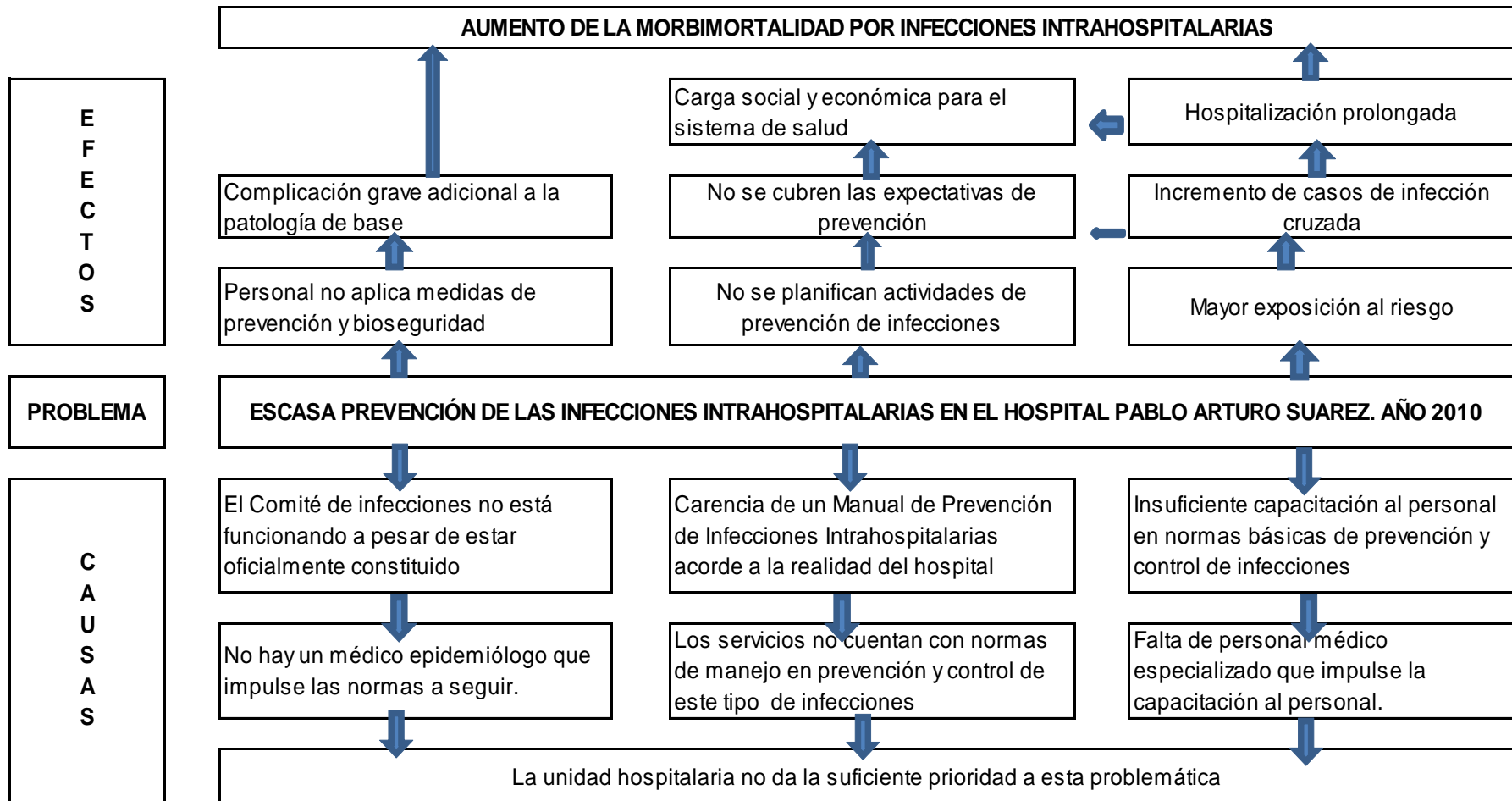
El Diseño Metodológico de este proyecto de Acción constituye el Marco Lógico con todas sus herramientas:

1. Matriz de Involucrados
2. Árbol de Problemas
3. Árbol de Objetivos
4. Matriz de Marco Lógico

Cuadro Nº. 4 Matriz de Involucrados

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Directivos del Hospital Pablo Arturo Suarez	Mejorar el control de Infecciones Intrahospitalarias	Recursos Humanos, materiales y técnicos. Brindar una atención de calidad	Escasez de recursos económicos. Falta de personal especializado: Un Médico Epidemiólogo de planta
Personal médico, enfermeras y auxiliares	Disminuir el riesgo de contraer o propagar infecciones intrahospitalarias	Recursos Humanos, materiales y Técnicos. Identificar los factores de riesgo, aplicar las normas de prevención y reportar los casos de infección intrahospitalaria	Falta de capacitación y concientización de la problemática de salud. Falta la conformación y estructuración de un sistema de vigilancia epidemiológica
Maestrante	Elaborar un proyecto que sea beneficioso para la salud de los pacientes y del personal que labora en el Hospital	Recursos Humanos, materiales, técnicos y educativos. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica	El Hospital no cuenta con un Manual de Prevención de Infecciones
Pacientes	Recibir una atención de calidad y oportuna para evitar enfermedades	Recursos Humanos, materiales, técnicos y educativos. Recibir una atención de calidad	Insuficiente capacitación en salud. Falta coordinar el trabajo con la comunidad. Se da poca importancia a la salud preventiva

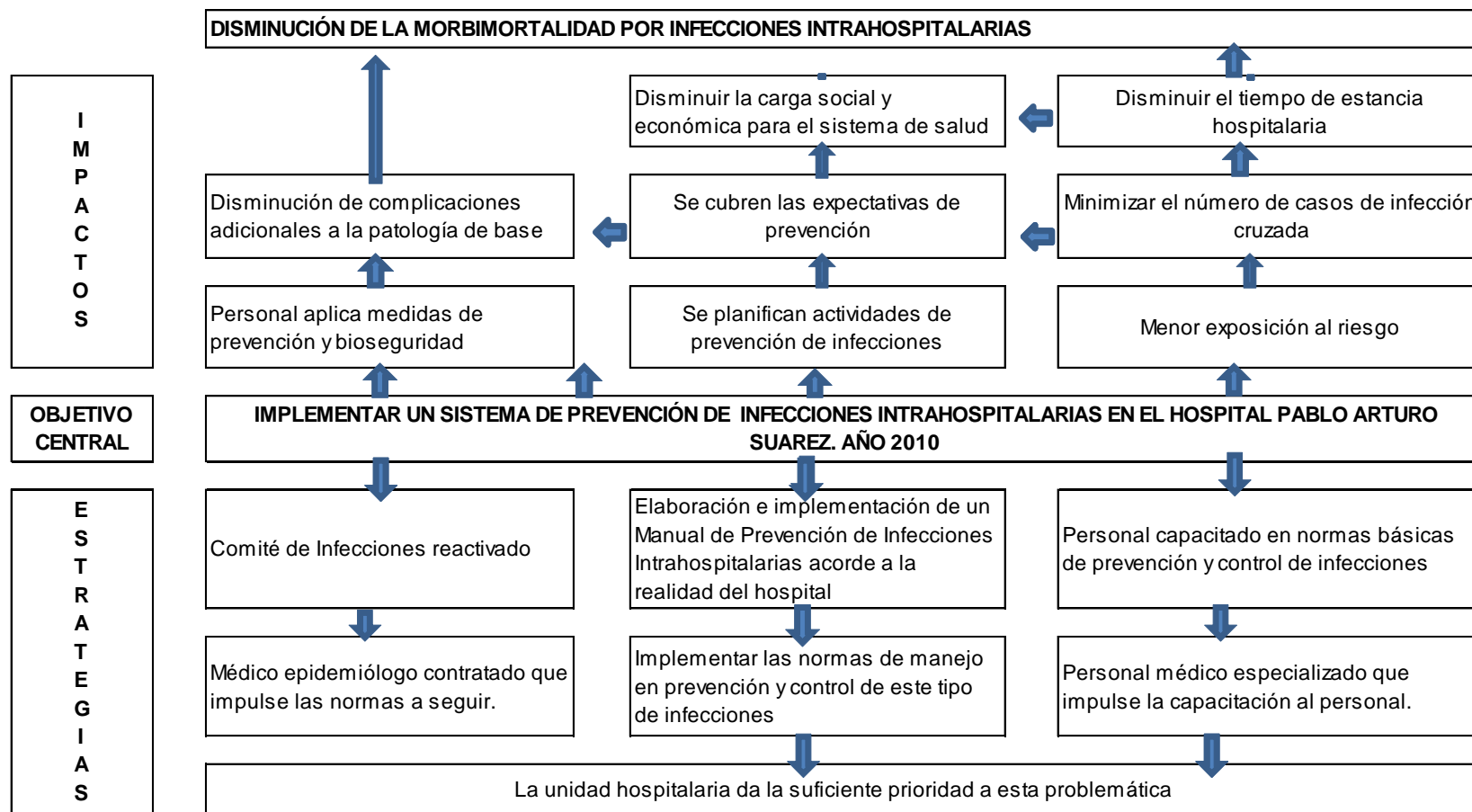
Gráfico Nº. 3 Árbol de Problemas



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel.

Fecha: Agosto 2010

Gráfico N°. 4 Árbol de Objetivos



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel.

Fecha: Agosto 2010

Cuadro Nº. 5 Matriz de Marco Lógico

DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD POR INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS					
	FIN	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS	
FIN	Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por Infecciones Intrahospitalarias. Hospital Pablo Arturo Suarez. Año 2010.	Disminución proyectada del 80 % en el riesgo de contraer una IIH hasta diciembre de 2010	Informe de cumplimiento de normas por parte de los líderes de cada servicio	Apertura de las autoridades. Apoyo del personal médico y de estadística	
PROPÓSITO	Implementar un sistema de Prevención de infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Pablo Arturo Suárez . Año 2010.	Sistema de Prevención de infecciones implementado en un 80% hasta diciembre de 2010	Registros de prevención de IIH en los formularios establecidos por el MSP.	Contribución de los directivos. Apoyo del personal médico, asistencial y administrativo	
C O M P O N E N T E	1. Comité de Infecciones intrahospitalarias reactivado.	Comité de Infecciones reactivado al 100% hasta diciembre de 2010	Convocatorias. Actas de Reuniones del Comité. Listas de asistencia	Contribución de los directivos y personal médico para la realización de los Comités.	
	2. Manual de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias elaborado	Manual de Prevención de Infecciones elaborado en un 100% hasta Diciembre de 2010	Manual de prevención de infecciones en físico y CD	Apertura de los directivos para la elaboración del manual de prevención de infecciones	
	3. Personal médico y paramédico capacitado en la prevención de infecciones intrahospitalarias	Personal médico y paramédico capacitado en un 80% en la prevención de infecciones hasta Diciembre de 2010	Convocatoria a reunión de difusión de normativas a los jefes de cada piso, lista de asistencia, Banners, afiches en carteleras	Colaboración de las autoridades y del personal para llevar a cabo la capacitación y difusión de la información.	
A C T I V I D A D E S	ACTIVIDADES		RESPONSABLE		
	1. Reactivar el Comité de Infecciones intrahospitalarias.				
	1.1 Reunión con los directivos del hospital para revisar la normativa vigente	Directivos del hospital y Maestrante	Primera semana	Computador, Internet, materiales de oficina, movilización: 300 USD	
	1.2 Conformación del Comité de Infecciones y asignación de responsabilidades	Directivos del hospital, Jefes de piso, Maestrante	Tercera semana	Computador, impresora, materiales de oficina, convocatorias, impresiones, copias, movilización: 300 USD	
	1.3 Divulgación de la Información.	Directivos del hospital, Jefes de piso, Maestrante	Quinta semana	Computador, impresora, materiales de oficina: 100 USD	
	2. Elaborar e implementar el Manual de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias				
	2.1 Recopilación de información y elaboración de protocolos de prevención de infecciones hospitalarias	Autoridades del hospital y Maestrante	Tercer mes	Computador, Internet, materiales de oficina, copias, impresiones, USB, CDs, movilización,	
	2.2 Transcripción, corrección e impresión del Manual	Autoridades del hospital y Maestrante	Cuarto mes	Computador, impresora, materiales de oficina, CDs, movilización: 300 USD	
	2.3 Implementación del manual	Autoridades del hospital, Jefes de Piso y Maestrante	Quinto mes	Computador, impresora, materiales de oficina, convocatorias: 200 USD	
	3. Capacitar al personal médico y asistencial en la prevención de infecciones intrahospitalarias				
	3.1 Convocatoria para la divulgación de la información	Autoridades del hospital y Maestrante	Sexto mes	Computador, impresora, materiales de oficina, convocatorias: 100 USD	
	3.2 Reunión de capacitación y socialización a los Jefes de cada piso	Autoridades del hospital, Jefes de Piso y Maestrante	Séptimo mes	Computador, impresora, materiales de oficina, convocatorias, impresiones, copias, movilización: 200 USD	
	3.3 Plan analítico y plan sintético de la capacitación	Maestrante	Octavo mes	Computador, impresora, materiales de oficina: 100 USD	
3.4 Informe final	Maestrante	Noveno mes	Computador, impresora, materiales de oficina: 200 USD		
IMPREVISTOS: 10% del Total de gastos			230 USD		
COSTO TOTAL DEL PROYECTO				2530 USD	

Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel. Fecha: Agosto 2010

10. RESULTADOS

RESULTADO 1

PRODUCTO

Comité de Infecciones Intrahospitalarias reactivado en el Hospital Pablo Arturo Suárez.

ACTIVIDADES

1. Reunión con los directivos del hospital para revisar la normativa vigente.
2. Conformación del Comité de Infecciones y asignación de responsabilidades a cada miembro.
3. Divulgación de la Información

METODOLOGÍA

Solicitud para la elaboración del proyecto de Tesis al Dr. Andrés Corral Director General del Hospital Pablo Arturo Suárez, a la Dra. Mónica Villalobos Coordinadora de la Unidad de Gestión de Enfermería y al Dr. Gerardo Rentería Líder de Cirugía.

Definición de las Etapas de la Vigilancia Epidemiológica: Se definen las infecciones que serán sometidas a vigilancia epidemiológica: del torrente sanguíneo, urinarias, respiratorias, puerperales, de heridas postquirúrgicas, gastrointestinales e infecciones intrahospitalarias en el personal de salud.

Se realizó la revisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la segunda reunión del Comité de Infecciones, en la que se solicita a la Dirección Técnica del hospital: una enfermera con conocimientos de epidemiología, un médico Infectólogo-epidemiólogo, la creación del Servicio de Neumología para mejorar la vigilancia de las infecciones respiratorias, actualizar el registro de pinchazos, y verificar el programa de vacunación del personal médico y paramédico (Hepatitis B)

Para la divulgación de la información sobre la implementación del Sistema de Vigilancia, su función, sus integrantes; se delega al Comité de Infecciones, Jefes de Servicios, y personal de enfermería con responsabilidad de supervisión.

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO:

- Fue beneficioso para el Hospital Pablo Arturo Suárez el reactivar al 100% el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, ya que se organizó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica integrando la recolección de la información, el procesamiento, análisis de los datos, y finalmente la difusión de los mismos.
- Con la implementación de los respectivos formularios del MSP, se está empezando a realizar un adecuado registro de las infecciones intrahospitalarias. Cuando se presente un probable nuevo caso se podrá hacer la notificación y el seguimiento en forma correcta.
- Se difundió la información de la reactivación del Comité de Infecciones y del Sistema de Vigilancia a los jefes de cada especialidad del hospital, para que a su vez sean los encargados de transmitirla al personal a su cargo.

Cuadro Nº. 6 Cronograma del Comité de Infecciones Intrahospitalarias

Objetivo Específico	Actividades planificadas	Responsable	Fecha	Recursos	Indicadores
Ejecución del Taller	Plan Analítico y plan Sintético del Taller. Ejecución del taller, Evaluación, Retroalimentación	Maestrante y directivos del hospital	28 y 30 de octubre de 2010	Institucionales	Nº de talleres ejecutados/Nº de talleres planificados
Levantar un DG Situacional y una línea base de las IIH	Comité de IHI aplicando los instrumentos, tabulación y sistematización	Comité IIH Maestrante	11-22 de octubre de 2010	Institucionales	Nº de casos reportados/ Nº de casos previstos
Implementar medidas técnico-administrativas en relación a las IIH	Socialización: Base legal. Socialización : DG, línea Base Elaboración del POA-PIA, Diseño de protocolos, aprobación de protocolos, Implementación, evaluación, retroalimentación	Comité IIH, Maestrante	25-29 octubre de 2010	Institucionales	Nº de participantes / Nº de comités convocados
Implementar medidas ambientales en relación al tema	Coordinación comité de desechos y Medioambiente. Elaboración de un plan conjunto intercomités, Implementación, evaluación, retroalimentación.	Comité IIH	8-12 Noviembre de 2010	Institucionales	Nº de comités participantes/ Nº de comités convocados. Nº de planes ejecutados/ Nº de planes propuestos,
Implementar medidas personales	Capacitación en medidas estándar y Universales	Líderes de los 15 servicios	22-30 noviembre	Institucionales	Nº de talleres ejecutados/Nº de talleres planificados
	Motivación e incentivos		se mantiene el seguimiento		

ACTAS DE LOS COMITÉS REALIZADOS.

COMITÉ N° 1

El 05 de Octubre de 2010, a las 10:20 a.m. se inicia la reunión del Comité de Infecciones Intrahospitalarias, estando presentes las autoridades y los jefes de especialidad.

Se activa la reconfiguración del Comité de Infecciones Intrahospitalarias, se enfatiza en la necesidad de tener un sistema de vigilancia epidemiológica, se precisan los objetivos, las etapas, y se definen los indicadores de la vigilancia epidemiológica. Se designan los representantes y se definen las funciones para cada uno de ellos en el comité.

Por otro lado se solicita la provisión de reactivos para Laboratorio por déficit de los mismos, ya que debido al incremento en la demanda de atención de pacientes tanto en emergencias como en consulta externa y hospitalización han sido utilizados los reactivos en su totalidad. Además como se termina el año vigente, los recursos económicos se han agotado. Se esperará a que comience el nuevo año fiscal y con el Presupuesto del 2011 se logrará adquirir los reactivos necesarios. Con ello se garantiza el mejor diagnóstico, seguimiento y control de los casos tratados.

La reunión culmina a las 11:25 a.m.

COMITÉ N° 2

Se realiza la convocatoria al **Segundo Comité** el mismo que se lleva a cabo el día viernes 12 de Noviembre de 2010 a las 11:00 a.m.

Se resuelve solicitar a la Dirección Técnica del Hospital el siguiente recurso humano:

- Una enfermera con conocimientos de Epidemiología,
- Un médico Infectólogo o Epidemiólogo,

- Se solicita el apoyo del personal de Estadística para el adecuado registro de los datos,
- Se solicita la coordinación entre las diferentes áreas de Salud de la localidad para el adecuado manejo de las referencias y contra referencias de las pacientes embarazadas,
- Se solicita actualizar el registro de pinchazos en los servicios de medicina Interna Y Cirugía, y verificar el Programa de Vacunación del personal (hepatitis B)
- Se hace la revisión y análisis del sistema de Vigilancia Epidemiológica mismo que se lo redacta acorde a las necesidades del Hospital.

CONCLUSIONES

- En el caso del Hospital Pablo Arturo Suárez, institución pública de salud motivo del presente estudio; fue necesario reactivar el proyecto de establecer un sistema de vigilancia epidemiológica, mismo que tuvo éxito de acuerdo al plan de trabajo programado
- La falta de un sistema establecido de vigilancia y control de las Infecciones en el hospital no permitía a su personal apreciar la real magnitud del problema que implicaba el riesgo de contraer o propagar una infección intrahospitalaria. Con la puesta en marcha del Comité de Infecciones y con el funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica se está empezando a trabajar más organizadamente para dar a las infecciones intrahospitalarias un manejo integral como entidad de salud.
- Con el inicio del nuevo año se han recibido los recursos económicos necesarios para solventar las necesidades de las diferentes áreas y proveerles de los insumos y materiales suficientes con el fin de garantizar la operatividad del programa de control de las Infecciones intrahospitalarias.
- Al momento el Hospital dispone ya de personal de apoyo dirigido a coordinar directamente el manejo de las infecciones intrahospitalarias: El Ministerio de Salud facilitó una partida presupuestaria y se contrató un médico

Epidemiólogo **el Dr. Hernando Augusto Peralta** quien está a cargo de la coordinación del Comité de Infecciones y dirigirá las acciones pertinentes en el manejo de los casos.

- También al momento hay una enfermera la **Lic. Mélida Anchundia** quien está designada como principal coordinadora del programa de control de infecciones; se encargará de hacer la recopilación de datos de los registros médicos, la documentación en los informes de reportes y el seguimiento del manejo en cada caso.

RESULTADO 2

PRODUCTO:

DISEÑO, ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MANUAL DE NORMAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Debido a que no existía estandarizada una guía para el manejo de enfermedades infecciosas que permitiera poner en marcha un adecuado sistema de vigilancia de las enfermedades infectocontagiosas en el Hospital Pablo Arturo Suárez, se vio la necesidad de elaborar un Manual de procedimientos acorde a la realidad del mismo.

ACTIVIDADES

1. Recopilación de información y elaboración de protocolos de prevención de infecciones hospitalarias
2. Transcripción, corrección e impresión del Manual
3. Implementación del manual

METODOLOGÍA

Taller de trabajo con el Dr. Gerardo Rentería Líder de Cirugía del Hospital para la verificación y análisis del contenido y de la estructura del manual para que esté diseñado de acuerdo a la realidad de esta casa de salud.

Revisión de la bibliografía respecto a Infecciones hospitalarias procedente de organismos Internacionales como la OPS y OMS, además de la bibliografía existente en nuestro país como es el Manual de control de Infecciones entregado por el Ministerio de Salud en el año 2006 el mismo que no había sido puesto en práctica; también se tomaron en cuenta las experiencias de los países de América y Europa que más avances tienen en este tema tales como Colombia, México, Chile, Estados Unidos y España.

Aprobación y redacción final del manual de Control de Infecciones.

Se entrega el Manual a los directivos del Hospital Pablo Arturo Suárez y se pone a consideración del Comité de Infecciones para su aprobación e implementación.

El documento se aprueba en la reunión N° 3 del Comité de infecciones.

Se coordina también la participación activa de Laboratorio para el análisis y seguimiento de los casos que se reporten como probable infección intrahospitalaria contando ya con los respectivos reactivos al momento.

ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO

Una vez detectado el problema de carencia de un instructivo relacionado con la prevención de las infecciones intrahospitalarias en el Hospital Pablo Arturo Suárez, se vio la necesidad de elaborar un Manual práctico, amigable, en cuyo contenido disponga las normas básicas para conseguir este objetivo.

En base a la premisa anterior se elaboró al 100% el Manual de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias acorde a las necesidades de esta institución, el mismo que está siendo utilizado como material de referencia; consta el manual en físico y en CD.

ESTRUCTURA DEL MANUAL

CONTENIDO

PRÓLOGO

OBJETIVOS

PALABRAS CLAVE

CAPÍTULO I

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

CAPITULO II

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ENDÉMICAS COMUNES

CAPITULO III

MEDIO AMBIENTE

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO V

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL PERSONAL

CAPÍTULO VI

INDICADORES PARA LA VIGILANCIA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONCLUSIONES

- Disponer de un Manual de Control de Infecciones como material de referencia para las prácticas diarias de atención hospitalaria, facilita al personal de salud adoptar las normas pertinentes para conseguir disminuir el riesgo de contraer una infección.
- Es importante resaltar el alto grado de colaboración de los directivos de la institución tanto en la elaboración del manual como en la provisión de materiales de bioseguridad, limpieza y desinfección que permitieron el desarrollo de este proyecto.
- La Presentación del Manual de Control de Infecciones a las autoridades del Hospital Pablo Arturo Suárez ocasionó que todo el personal se concientice de su importancia y se comprometan en su cumplimiento.

RESULTADO 3

PRODUCTO:

PERSONAL MÉDICO Y ASISTENCIAL CAPACITADO EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

ACTIVIDADES:

- Convocatoria para la divulgación de la información
- Reunión de capacitación y socialización a los jefes de cada piso
- Plan analítico y plan sintético de la capacitación.

METODOLOGÍA:

Se realiza la Convocatoria a una reunión de Comité de Infecciones en la que se entrega a los jefes de cada piso la información sobre medidas de prevención de infecciones. El documento se socializa a todo el personal tanto médicos, enfermeras, personal auxiliar y de servicios. Se realiza la difusión de normas básicas sobre prevención de infecciones intrahospitalarias tales como Lavado de Manos, uso de equipos de protección personal, mediante cartelones tipo Banners ubicados en sitios estratégicos de la unidad operativa, con el objetivo de crear una cultura de prevención en salud.

OBJETIVOS ALCANZADOS

Se logró capacitar al 100% del personal médico y paramédico a través de la difusión y socialización del manual: las normas básicas sobre lavado de manos, uso de equipos de protección personal y las normas de prevención de infecciones.

PLAN ANALÍTICO DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL

EQUIPO RESPONSABLE:	
Dr. Nelson Dueñas Ramírez. Subdirector Técnico del Hospital Pablo Arturo Suárez.	
Dra. Jaqueline Peñafiel , Médico Maestrante	Horas de Capacitación
Médicos Líderes de los diferentes servicios del Hospital.	TEORICAS: 2
Personal de Enfermería y asistencial	
“Prevención de Infecciones Intrahospitalarias. Hospital Pablo Arturo Suárez. Año 2010”	
Capacitación en la Prevención de Infecciones Intrahospitalarias	
Objetivo General	
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones Intrahospitalarias, mediante la aplicación de un sistema de vigilancia epidemiológica con la implementación de un Manual de Prevención de Infecciones, en el Hospital Pablo Arturo Suárez, año 2010.	
Objetivos Específicos	
Identificar los riesgos de infección intrahospitalaria que pueden ocurrir en personal de salud del Hospital Pablo Arturo Suárez.	
Diseñar el Manual de prevención de infecciones Intrahospitalarias para el Hospital.	
Elaboración del Manual.	
Capacitar al personal de salud que labora en el servicio de Anatomía Patológica sobre Normas de Bioseguridad.	
VIGENCIA DE LA CAPACITACIÓN AÑO: Octubre 2010	

PLAN SINTÉTICO DE LA CAPACITACIÓN

Actividad	Horario	Responsable
Presentación	11:00	Dra. Peñafiel. Maestrante
Objetivos de la capacitación	11:10	Dra. Peñafiel. Maestrante
Objetivos de la Vigilancia epidemiológica	11:20	Dra. Peñafiel. Maestrante
Técnica aséptica	11:45	Dra. Peñafiel. Maestrante
Normas de bioseguridad	12.00	Dra. Peñafiel. Maestrante
Inmunización del personal de Anatomía Patológica	12:10	Dra. Peñafiel. Maestrante

CONCLUSIONES

Tanto el personal médico como administrativo demostraron su interés en conocer más del tema de control de infecciones más aún cuando se les explicó que se trata tanto de la salud del paciente como de la suya propia y por ende de sus familias.

La sostenibilidad del proyecto al momento está asegurada mediante el compromiso de los directivos del hospital de continuar brindando las facilidades y el apoyo al personal, fundamentales para alcanzar el éxito al cumplir con las normas de prevención de infecciones.

11. CONCLUSIONES GENERALES

La elaboración de este proyecto ha sido de mucha relevancia ya que se pudo brindar un documento que sea un recurso práctico básico para empleo por el personal del Hospital Pablo Arturo Suarez, las personas interesadas en las infecciones nosocomiales y su control. Contiene recomendaciones prácticas y útiles para el personal encargado del control de infecciones.

A través del cumplimiento de las medidas de protección y bioseguridad en cada servicio, se evita la contaminación cruzada de agentes patógenos tanto de un paciente a otro como desde los pacientes al personal que labora directamente con ellos, lo que apoya el objetivo del proyecto que es contribuir a la disminución de la morbimortalidad por Infecciones Intrahospitalarias.

- Con la aplicación de los formularios establecidos se está empezando a realizar el adecuado registro de las infecciones. Cuando se presente un caso de posible infección intrahospitalaria se podrá hacer el seguimiento y la notificación de los casos correctamente.
- Se ha visto la buena predisposición tanto del personal directivo como de los médicos y personal paramédico en cumplir en la práctica diaria con las medidas de prevención y control de infecciones.
- Se ha evidenciado la colaboración de las autoridades del hospital al facilitar la adecuada provisión de materiales de bioseguridad, limpieza y desinfección.
- Con la puesta en marcha del Comité de Infecciones y con el funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica se está empezando a trabajar más organizadamente para dar a las infecciones intrahospitalarias un manejo integral como entidad de salud.
- Con el inicio del nuevo año se han recibido los recursos económicos necesarios para solventar las necesidades de las diferentes áreas y

proveerles de los insumos y materiales suficientes con el fin de garantizar la operatividad del programa de control de las Infecciones intrahospitalarias.

- Al momento el Hospital dispone ya de personal de apoyo dirigido a coordinar directamente el manejo de las infecciones intrahospitalarias. El Ministerio de Salud facilitó una partida presupuestaria y se contrató un médico Epidemiólogo el Dr. Hernando Augusto Peralta quien está a cargo de la coordinación del Comité de Infecciones y dirigirá las acciones pertinentes en el manejo de los casos.
- Se continúa con la programación del Comité de Infecciones Intrahospitalarias el mismo que se reúne una vez al mes para analizar los logros obtenidos y tomar las medidas necesarias para el cabal cumplimiento de programa de control de Infecciones.
- Los informes registrados y enviados hasta el momento al Ministerio de Salud en los dos últimos meses están en “0” cero casos de Infecciones Intrahospitalarias.

12. RECOMENDACIONES

- Concientizar y promover el lavado de manos, así como el cumplimiento de las normas de prevención de Infecciones Nosocomiales.
- Continuar con el adecuado registro, notificación, manejo y seguimiento de los nuevos casos detectados.
- Estimular la educación continua y sistemática a todo el personal hospitalario para reforzar el conocimiento sobre prevención de infecciones.
- Mantener la calidad y cantidad de reactivos, personal y equipos de laboratorio de microbiología para garantizar la realización de los exámenes requeridos las 24 horas durante todos los días.
- El compromiso de las autoridades y el trabajo mancomunado de todo el personal del hospital garantizarán la sostenibilidad del proyecto.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AORN. **Prácticas Recomendadas para el Cuidado de Instrumental Quirúrgico y Endoscópico**. Ediciones. 2008. MMISA.
2. CDC (2006) **Draft guileline for isolation. Precautions in Hospitals: Evolution of isolation Practic**. Estados Unidos.
3. CENTER FOR DISEASE CONTROL (2006) **Nosocomial Infections Surveillance**. Estados Unidos
4. CONASA, Consejo Nacional de Salud del Ecuador. (2006). **Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos**. Quito
5. CONGRESO INTERNACIONAL DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (2010). Quito, Ecuador.
6. WHO INTERIM GUIDELINES. (2007) **Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care**. Estados Unidos.
7. DUCEL, G et al. (2006) **Guía práctica para la lucha contra la infección hospitalaria**. WHO/BAC/.
8. FAVERO MS, Bond WW. (2005)**Chemical disinfection of medical and surgical materials In: Block SS, ed. Disinfection, sterilization and preservation**. Philadelphia, EEUU, 4ed. Lea & Febiger .
9. GENE – SALLES. Presente y Futuro de las Centrales de Esterilización en Europa. En Todo Hospital N° 158. Julio – Agosto2008
- 10.GONZÁLEZ SALVATIERRA, Roxane (2009). **Costo de la infección nosocomial Ops**.
- 11.GRAHAM M. (2007). **Frecuencia y duración del lavado de manos en una UCI. Am J Infect Control**
- 12.GUTIÉRREZ B. González N. Y col. (2006) **Infecciones Nosocomiales**, México
- 13.HPAS,(2005-2007) **Plan Estratégico** Quito-Ecuador
- 14.HPAS. (2008). **Plan estratégico del HPAS 2008 – 2013**. Quito - Ecuador.
- 15.KARAN, George. (2007). **Aparición de Resistencia en Bacterias y Hongos: Un Problema Global. Un simposio Acreditado**. San Francisco, California.

16. MANDELL GL, Douglas RG, Bennett JE eds. (2006) ***Principles and practice of infectious diseases***. 3 ed. New York.
17. MINISTERIO DE SALUD CHILE. (2008) ***Norma sobre manejo de desechos provenientes de la atención de salud desde el punto de vista de prevención de infecciones. Circular 4G/ 31***. Chile
18. MINISTERIO DE SALUD - CHILE. (2006). ***Sistema de Vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias***. Chile.
19. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2006) ***Convenio MSP-USAID STOP/AI, evaluaciones de prevención y control de IIH***. Quito - Ecuador
20. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). ***Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal***. Quito – Ecuador.
21. OMS/OPS. (2006) ***Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Guía Práctica***. . Washington, D.C
22. OPS. (2007). ***Infecciones hospitalarias legislación en América latina***. Washington, D.C
23. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). ***Modelo de Guía Clínica y formulario para tratar las enfermedades infecciosas. 525 Twenty-third St., N.W. Washington, D.C. E.U.A.***
24. PABLO ARTURO SUAREZ. (2008). ***Plan Estratégico del Hospital Pablo Arturo Suárez. Servicio de Estadística***. Quito, Ecuador
25. PONCE DE LEÓN Samuel R. (2006). ***Manual De Prevención Y Control De Infecciones Intrahospitalarias***. México. INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.
26. SALVATIERRA-GONZÁLEZ, R. (2009) ***Costo De La Infección Nosocomial***.

Páginas de Internet

27. www.depaginas.com.ar/monografiasde-Manual-de-control-de-calidad-en-Microbiologia-Clinica. Octubre 2009.
28. www.conasa.gob.ec/index.php?option=com. Abril 2012
29. www.derechoecuador.com Abril 2012
30. www.monografias.com/trabajos13/mapro/mapro.shtml. Junio 2011

- 31.** [www.es.wikipedia.org/wiki/Epidemiologia de las infecciones nosocomiales](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Epidemiologia_de_las_infecciones_nosocomiales).
Junio 2011
- 32.** [www.msp.gov.ec/index.php.option...id](http://www.msp.gov.ec/index.php?option...id). Vigilancia Epidemiológica. Junio 2011
- 33.** www.cepis.ops-oms.org/bvsea/e/fulltext/intrahos/intrahos.pdf Junio 2011
- 34.** www.higienedemanos.org/node/4 Junio 2011
- 35.** [www.slideshare.net/.../investigación acción Kurt Lewis](http://www.slideshare.net/.../investigación_acción_Kurt_Lewis). Junio 2011
- 36.** www.elmundo.es. salud; Infecciones intrahospitalarias un problema común.
Junio 2011

14. ANEXOS

ANEXO 1

Solicitud para la elaboración del proyecto de Tesis al Dr. Andrés Corral Director General del Hospital Pablo Arturo Suárez, a la Dra. Mónica Villalobos Coordinadora de la Unidad de Gestión de Enfermería y al Dr. Gerardo Rentería Líder de Cirugía.

Quito, 10 de Agosto de 2010.

Doctor.

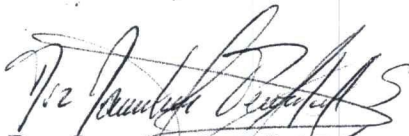
**ANDRES CORRAL
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ
Ciudad.**

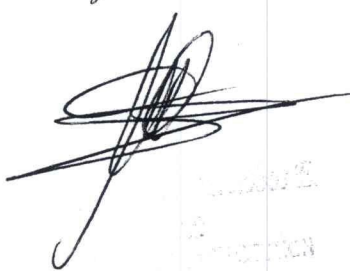
Señor Director:

Yo, Dra. Jaqueline Peñafiel Solano, con cédula de identidad N° 100189316-1 estoy cursando la Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local en la Universidad Técnica Particular de Loja; por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida se digne autorizar a quien corresponda que se me permita realizar el proyecto de Tesis: PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES en el Hospital que usted tan acertadamente dirige, la realización del proyecto es un requisito para la obtención del Título de Magister en Gerencia en Salud y estará acertadamente coordinado por la Dra. Mónica Villalobos profesora y tutora de la Universidad.

Por la atención que se sirva brindar a la presente, anticipo mi agradecimiento,

Atentamente,


Dra. Jaqueline Peñafiel S.



Visto Bueno


DIRECTOR GENERAL
Hospital Pablo Arturo Suárez

PROL DAVE
11-08-2010

HOSPITAL "P.A.S."

Dirección General

ENTREGA RECEPCION DOCUMENTOS

RECIBI: 

ENTREGUE:

FECHA: 11.08.2010 HORA: 12h00

2533

ANEXO 2

Actas de los Comités Realizados

Definición de las Etapas de la Vigilancia Epidemiológica: Se definen las infecciones que serán sometidas a vigilancia epidemiológica: del torrente sanguíneo, urinarias, respiratorias, puerperales, de heridas postquirúrgicas, gastrointestinales e infecciones intrahospitalarias en el personal de salud.


Quito, 04 de Noviembre del 2010

ACTA N° 1

Siendo 5 de Octubre del 2010, las 10:20am se inicia reunión del Comité de Infecciones Nosocomiales estando presente: Dr. Nelson Dueñas, Dr. Buchelli, Dra. Montalvo, Dr. Walter Ramos, Dr. Gerardo Rentería, Dra. Mónica Villalobos, Lcda. Rosa Chiluisa, Lcda. Lourdes Alcázar, Dr. Patricio Vergara, Dra. Jackeline Peñafiel, Lcda. Mèlida Anchundia.

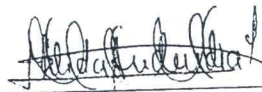
Se activa la reconfirmación del Comité de Infecciones Nosocomiales, siendo elegido presidente el Dr. Gerardo Rentería y como Secretaria Lcda. Mèlida Anchundia. Además Dra. Villalobos comenta del Curso sobre manejo de Infecciones Nosocomiales y reactivación de los Comités que recibió en Cuenca y sugiere socializar el mismo en una Conferencia en la próxima reunión del Comité, por otra parte Dra. Montalvo sugiere gestionar la provisión de reactivos en Laboratorio por déficit de los mismos, pero Dr. Dueñas refiere que esas gestiones van más allá de las posibilidades internas del hospital.

La reunión culmina a la 11:25am, acordando próxima reunión el 9 de Noviembre del 2010 a las 10:00am en la sala de reuniones de la Dirección del Hospital.



Dr. Gerardo Rentería

PRESIDENTE



Lcda. Mèlida Anchundia

SECRETARIA

Archivo Cte de
Infecciones,
Intahospitalaria,
(Nosocomial)
RP
2/XI/10

HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÒGICA

CONFORMACION DEL COMITÉ:

- Director del Hospital
- Epidemiólogo (Médico de la Institución con entrenamiento en Epidemiología)
- Líder de Cirugía
- Líder de Traumatología
- Líder de Medicina Interna
- Líder de Neonatología
- Líder de Quirófano
- Líder de Cuidados Intensivos
- Líder de Laboratorio
- Enfermera

FINALIDAD DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÒGICA

- Disminuir la incidencia de infecciones asociadas a procedimientos invasivos.
- Disminuir la incidencia de brotes epidémicos.
- Disminuir la incidencia de exposiciones laborales del equipo de salud a los agentes microbianos y las infecciones que pueden ocurrir por éstas exposiciones.
- Aumentar la eficiencia y sensibilidad del sistema de Vigilancia.
- Aumentar la eficiencia y optimizar de el costo-beneficio de las actividades de prevención y control locales.
- Disminuir el costo por concepto de exceso de hospitalización secundarias a las infecciones nosocomiales y por el uso de productos (antibióticos, material de curaciones, etc.) y servicios (reintervenciones quirúrgicas, aislamiento, etc.) debido a las infecciones nosocomiales.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÒGICA

- Conocer la morbilidad y mortalidad de las infecciones nosocomiales y sus tendencias en el tiempo.
- Conocer los factores de riesgo de las infecciones nosocomiales.
- Detectar brotes epidémicos de las infecciones nosocomiales en forma precoz.
- Aportar información para establecer medidas de prevención y control de infecciones nosocomiales.
- Aportar información para investigaciones epidemiológicas.
- Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control realizadas.

ETAPAS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Definición de los hechos que se vigilarán.
2. Recolección de datos.
3. Consolidación y análisis de datos.
4. Divulgación de los resultados a las personas que deben utilizarlos.

ETAPA 1

DEFINICION DE LOS HECHOS

Los hechos que serán sometidos a vigilancia epidemiológica, entre otros, son:

- Infecciones del torrente sanguíneo
- Infecciones urinarias
- Infecciones del tracto respiratorio bajo
- Endometritis puerperales
- Infecciones de herida operatoria
- Infecciones gastrointestinales
- Infecciones nosocomiales en el personal de salud

ETAPA 2

RECOLECCION DE DATOS

El sistema de recolección de datos se ha definido como activo selectivo.

Es activo porque la obtención de los datos se basa en la búsqueda de infecciones nosocomiales en los servicios clínicos y laboratorio por personal capacitado con tiempo dedicado a la búsqueda de infecciones nosocomiales. La notificación espontánea por personal clínico, médicos o enfermeras (sistema pasivo), no es un método aceptado para vigilar infecciones nosocomiales en la actualidad.

Es selectivo pues sólo se vigilan pacientes seleccionados por tener factores de interés para los programas de prevención y control. La vigilancia de todos los pacientes no es un requisito de la vigilancia actual.

La selección de pacientes tiene por objetivos obtener información precisa de grupos comparables de pacientes y la reducción del tiempo dedicado a la obtención de la mejor información para el cálculo de las tasas específicas.

ETAPA 3

CONSOLIDACION Y ANALISIS DE DATOS

Los indicadores (tasas de infecciones nosocomiales) que utiliza el sistema de vigilancia son específicos para cada tipo de infección. Se plantea el uso de dos tipos de tasas de infecciones nosocomiales.

- a) Pacientes infectados / pacientes expuestos:
Este indicador se utiliza cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio de infecciones nosocomiales por paciente. Ej: endometriosis puerperal.
- b) Episodios de infecciones nosocomiales / días exposición:
Este indicador se utiliza cuando la exposición es prolongada en el tiempo y se pueden presentar varios episodios de infecciones nosocomiales durante éste periodo. Ej: neumonía por ventilación mecánica.

INDICADORES PARA LA VIGILANCIA

Serie ITU = Vigilancia de infecciones del tracto urinario

ITU. 1

Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24h o más) en Servicio de Medicina / Número de días catéter urinario en servicio de Medicina.

ITU 2

Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24h o más) en Servicio de Cirugía / Número de días catéter urinario en servicio de Cirugía.

ITU 3

Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24h o más) en Unidad de Cuidados Intensivos de adultos / Número de días catéter urinario en Unidad de Cuidados Intensivos de adultos.

Serie IRB = Vigilancia de infecciones respiratorias del aparato respiratorio bajo.

IRB. 1

Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica (24h o más) en pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos / número de días ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos.

IRB. 2

Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica (24h o más) en pacientes en Unidad de Neonatología / número de días ventilación mecánica en Unidad de Neonatología.

IRB. 3

Número de neumonías en pacientes hospitalizados en áreas abiertas / Total de pacientes hospitalizados.

Serie EP = Vigilancia de Endometritis Puerperal

EP. 1

Número de endometritis puerperal en parto vaginal / número de mujeres con parto vaginal.

EP. 2

Número de endometritis puerperal en parto cesárea / número de mujeres con parto cesárea.

EP. 3

Número de endometritis puerperal en parto cesárea sin trabajo de parto / número de mujeres con parto cesárea sin trabajo de parto.

EP. 4

Número de legrados infectados / número total de legrados.

Serie ITS = Vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo

ITS. 1

Número de infecciones de torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central permanente (24h o más) en paciente adultos / número de días catéter venoso central en pacientes adultos.

ITS. 2

Número de infecciones de torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central permanente (24h o más) en paciente pediátricos / número de días catéter venoso central en pacientes pediátricos.

ITS. 3

Número de infecciones de torrente sanguíneo en pacientes con nutrición parenteral total en paciente adultos / número de días nutrición parenteral total en pacientes adultos.

ITS. 4

Número de infecciones de torrente sanguíneo en pacientes con nutrición parenteral total en paciente pediátricos / número de días nutrición parenteral total en pacientes pediátricos.

ITS. 5

Número de infecciones de torrente sanguíneo en pacientes con catéter umbilical permanente (24h o más) en neonatología / número de días catéter umbilical permanente (24h o más) en neonatología.

Serie I.Int = Vigilancia de Infecciones Intestinales

I.Int. 1

Número de infecciones intestinales en neonatología / número de días hospitalización en neonatología.

I.Int. 2

Número de infecciones intestinales en paciente adultos con nutrición enteral / número de días nutrición enteral en pacientes adultos.

Serie IHO = Vigilancia de Infecciones de herida operatoria

IHO. 1

Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía laparoscòpica / número de intervenciones de colecistectomía laparoscòpica.

IHO. 2

Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía / número de intervenciones por laparotomía.

IHO. 3

Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de hernia inguinal en adultos / número de intervenciones de hernia inguinal en adultos.

IHO. 4

Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de hernia inguinal en niños / número de intervenciones de hernia inguinal en niños.

IHO. 5

Número de infecciones de herida operatoria en cesáreas / número de cesáreas.

Serie SP = Vigilancia de la Salud del personal

ETAPA 4

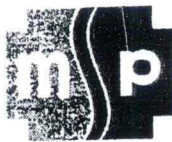
DIVULGACION DE LA INFORMACION

La información debe ser divulgada a todas las personas que la necesitan para tomar decisiones, investigar, elaborar planes de intervención o evaluar calidad, entre otras.

Las personas a quienes se distribuirá la información deben ser definidas localmente. Se sugiere que, al menos, se considere a todo el comité de infecciones Nosocomiales.

ANEXO 3

Conformación del Comité de Infecciones y Sistema de Vigilancia Epidemiológica



Ministerio de Salud Pública

Hospital Provincial General Pablo Arturo Suarez

CONVOCATORIA 03

PARA: Miembros de Comité de Infecciones Intrahospitalarias.

Me permito convocar a ustedes a una reunión de trabajo, la misma que se realizará el viernes 12 de noviembre de 2010 a las 9:00, en la Sala de Reuniones de la Dirección.

Puntos a tratarse:

- Normas del funcionamiento del Comité.
- Diagnostico de la situación de Enfermedades Intrahospitalarias.

Quito, DM, 9 de noviembre de 2010

Atentamente,

Dr. Nelson Dueñas Ramírez
SUBDIRECTOR TÉCNICO.



Dr. Jorge Sánchez, Líder de Medicina Interna

Dr. Diego Andrade, Cirugía.

Dr. Efreem Loaiza, Líder de Traumatología

Dr. Ramiro Bucheli, Líder de UCI.

Dr. Eduardo Garzón, Líder de Neonatología

Dr. Gerardo Rentería, Líder de Cirugía.

Dra. Mónica Villalobos, Coordinadora de UGE.

Dra. Alexandra Montalvo, Líder de Laboratorio Clínico.

Lic. Mélida Anchundia. Enfermera de Neonatología.

de la EDR 10-11-10 943
 H. P.A.S.
 Dr. Diego Rentería P.
 COD. 021
 HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
 TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
 RECIBIDO: *Receiv*
 FECHA: 11/11/2010 HORAS: 15.17
 10/11/2010
 COD. 021
 Dr. Diego Rentería P.
 H. P.A.S.
 10.11.2010 9:22
 10-11-2010 9:43
 a Haroldo Vivero

HOSPITAL "PABLO ARTURO SUAREZ"

Acta de Reunión # 002

COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

En la ciudad de Quito, el día viernes doce de noviembre del año dos mil diez, a las once de la mañana en la oficina de la Subdirección Técnica, se inicia la reunión, presidida por el Doctor Nelson Dueñas Ramírez Sub-Director Técnico del Hospital, Dr. Gerardo Rentería Presidente del Comité de Infecciones, Dr. Ramiro Bucheli Líder de UCI, Lcda. Rosa Chiluisa representante de Enfermería y Dra. Jaqueline Peñafiel Maestrante.

1. LECTURA Y ANALISIS DEL ACTA ANTERIOR:

- Sistema de Vigilancia epidemiológica

2. RESOLUCIONES:

El comité resuelve solicitar a la Dirección Técnica de nuestro hospital el siguiente recurso Humano:

- Una enfermera con conocimientos de epidemiología
- Un médico Infectólogo exclusivo para la vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Un médico Epidemiólogo con formación en Estadística.
- Solicitar el apoyo del personal de Estadística del Hospital para el adecuado registro de los datos.
- Establecer el Servicio de Neumología como un área independiente para mejorar la vigilancia de las infecciones respiratorias
- Se requiere más personal de enfermería.
- Se precisa de la coordinación entre las diferentes Áreas de Salud de la localidad para el manejo de las Referencias y Contra referencias de las pacientes embarazadas.
- Actualizar el registro de pinchazos en los servicios de Medicina Interna y Cirugía
- Verificar el programa de vacunación del personal (Hepatitis B)

3. ACCIONES:

- Se realiza la revisión y análisis del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, mismo que se redacta acorde con las necesidades del Hospital Pablo Arturo Suarez. El texto se adjunta a la presente.

Archivo etc. Infecciones JA
(Infecciones) Intra hospitala-
rias) DR
2/XII/10

▪ El comité de infecciones, en conjunto con el personal disponible en el hospital deberá realizar la VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, e informar las TASAS DE PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRA HOSPITALARIAS más comunes, y elaborar el perfil diagnóstico de la situación actual del hospital.

Atentamente,

Dra. Jaqueline Peñafiel
Maestrante UTP.

Adj. Lista de asistencia.

HOSPITAL "PABO ARTURO SUAREZ"

COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ:

- Director del Hospital
- Epidemiólogo (médico de la Institución con entrenamiento en Epidemiología)
- Líder de Cirugía
- Líder de Ginecobstetricia
- Líder de Traumatología
- Líder de Medicina Interna
- Líder de Neonatología
- Líder de Quirófano
- Líder de Cuidados Intensivos
- Líder de Laboratorio
- Enfermera entrenada en Epidemiología
- Líder de Enfermería o su representante.

FINALIDAD DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- Disminuir la incidencia de infecciones asociadas a procedimientos invasivos
- Prevenir la incidencia de brotes epidémicos
- Disminuir la incidencia de exposiciones laborales del equipo de salud a los agentes microbianos y las infecciones que pueden ocurrir por éstas exposiciones
- Aumentar la eficiencia y sensibilidad del sistema de vigilancia
- Aumentar la eficiencia y optimizar el costo beneficio de las actividades de prevención locales
- Disminuir el costo por concepto de exceso de tiempo de hospitalización secundario a las infecciones nosocomiales y por el uso de productos (antibióticos, material de curaciones, etc.) y servicios (re intervenciones quirúrgicas, aislamiento, etc.) debido a las infecciones nosocomiales.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. Conocer la morbilidad y mortalidad de las infecciones nosocomiales y sus tendencias en el tiempo
2. Conocer los factores de riesgo de las infecciones nosocomiales
3. Detectar brotes epidémicos de las infecciones nosocomiales en forma precoz
4. Aportar información para establecer medidas de prevención y control de infecciones nosocomiales
5. Aportar información para investigaciones epidemiológicas

6. Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control realizadas
7. Regulación y control del uso racional de antibióticos
8. Implementar la Capacitación al personal de las diferentes áreas

ETAPAS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. Definición de los hechos que se vigilarán
2. Recolección de datos
3. Consolidación y análisis de datos
4. Divulgación de los resultados a las personas que deben utilizarlos.

ETAPA 1

DEFINICION DE LOS HECHOS

Los hechos serán sometidos a vigilancia epidemiológica, entre otros son:

- Infecciones del torrente sanguíneo
- Infecciones urinarias
- Infecciones del tracto respiratorio bajo
- Endometritis puerperales
- Infecciones de herida operatoria
- Infecciones gastrointestinales
- Infecciones nosocomiales en el personal de salud

ETAPA 2

RECOLECCION DE DATOS

El sistema de recolección de datos se ha definido como activo-selectivo. Es **activo** porque la obtención de los datos se basa en la búsqueda de infecciones nosocomiales en los servicios clínicos y de laboratorio por personal capacitado con tiempo dedicado a la búsqueda de infecciones nosocomiales. La notificación espontánea por personal clínico, médicos o enfermeras (sistema pasivo), no es un método aceptado para vigilar infecciones nosocomiales en la actualidad.

Es selectivo pues sólo se vigilan pacientes seleccionados por tener factores de interés para los programas de prevención y control. La vigilancia de todos los pacientes no es un requisito de la vigilancia actual.

La selección de pacientes tiene por objetivos obtener información precisa de grupos comparables de pacientes y la reducción del tiempo dedicado a la obtención de la mejor información para el cálculo de las tasas específicas.

Recomendación:

El Hospital Pablo Arturo Suárez al momento necesita el siguiente recurso Humano:

- Una enfermera con conocimientos de epidemiología
- Un médico Infectólogo y/o epidemiólogo exclusivo para la vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias.

ETAPA 3 CONSOLIDACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

Los indicadores (tasas de infecciones nosocomiales) que utiliza el sistema de vigilancia son específicos para cada tipo de infección. Se plantea el uso de dos tipos de tasas de infecciones nosocomiales

- Pacientes infectados/pacientes expuestos.
Este indicador se utiliza cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio de infecciones nosocomiales por paciente. Ej.: endometriosis puerperal.
- Episodios de infecciones nosocomiales/días de exposición:
Este indicador se utiliza cuando la exposición es prolongada en el tiempo y se pueden presentar varios episodios de infecciones nosocomiales durante este período. Ej.: neumonía por ventilación mecánica

Recomendación:

En este punto el Hospital Pablo Arturo Suarez requiere:

- Un médico Epidemiólogo con formación en Estadística.
- Solicitar el apoyo del personal de Estadística del Hospital para el adecuado registro de los datos.

INDICADORES PARA LA VIGILANCIA

Cada indicador o tasa debe multiplicarse por 100

Serie ITU = Vigilancia de Infecciones del tracto urinario

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
ITU. 1	Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24 hs o más) en servicio de Medicina	Número de días catéter urinario en servicio de Medicina
ITU. 2	Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24 hs o más) en servicio de Cirugía	Número de días catéter urinario en servicio de Cirugía
ITU. 3	Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24 hs o más) en servicio de UCI Adultos	Número de días catéter urinario en servicio de UCI Adultos

Serie IRB = Vigilancia de Infecciones respiratorias del aparato respiratorio bajo

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
IRB. 1	Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica (24 hrs o más) en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos	Número de días de ventilación mecánica en Unidad de cuidados Intensivos de adultos
IRB. 2	Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica (24 hs o mas) en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica	Numero de días ventilación mecánica en unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (en hospitales pediátricos)
IRB. 3	Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica (24 hrs o más) en la Unidad de Neonatología	Número de días de ventilación mecánica en Unidad de Neonatología
IRB. 4	Número de neumonías en pacientes sin ventilación mecánica en el servicio de medicina (áreas abiertas)	Número de egresos en el servicio de medicina

Recomendación:

Para mejorar la vigilancia de las infecciones respiratorias en el Hospital Pablo Arturo Suarez ve la necesidad de establecer el Servicio de Neumología como un área independiente. Además se requiere más personal de enfermería para la misma.

Serie EP = Vigilancia de Endometritis Puerperal

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
EP. 1	Número de endometritis puerperal en parto vaginal	número de mujeres con parto vaginal
EP. 2	Número de endometritis puerperal en cesárea	número de mujeres con parto cesárea
EP. 3	Número de endometritis puerperales en cesárea sin trabajo de parto	Numero de mujeres con cesárea sin trabajo de parto
EP. 4	Número de legrados infectados	Número total de mujeres con legrado

Recomendación:

Se precisa de la coordinación entre las diferentes Áreas de Salud de la localidad para el manejo de las Referencias y Contra referencias de las pacientes embarazadas.

Serie ITS = Vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
ITS. 1	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central permanente (24 hrs o más) en la UCI de adultos	Número de días catéter venoso central en la UCI de adultos
ITS. 2	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central permanente (24 hrs o más) en pacientes pediátricos	Número de días catéter venoso central en pacientes pediátricos
ITS. 3	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con nutrición parenteral total en pacientes adultos	Número de días de nutrición parenteral total en pacientes adultos
ITS. 4	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con nutrición parenteral total en pacientes pediátricos	Número de días de nutrición parenteral total en pacientes pediátricos
ITS. 5	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter umbilical permanente (24 hs ó más) en neonatología	Número de días catéter umbilical permanente (24 hs o más) en neonatología
ITS. 6	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes adultos en tratamiento antineoplásico con neutropenia <500 neutrófilos x ml	Numero de días de neutropenia < 500 neutrófilos x ml en pacientes pediátricos en tratamiento antineoplásico.
ITS. 8	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter central para hemodiálisis	Numero de días con catéter central para hemodiálisis

Serie I. Int = Vigilancia de infecciones Intestinales

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
I. Int. 1	Número de Infecciones gastrointestinales en pacientes de servicios de lactantes	Número de días de hospitalización en servicio de lactantes
I. Int. 2	Número de infecciones intestinales en Neonatología	número de días de hospitalización en Neonatología
I. Int. 3	Número de Infecciones intestinales en pacientes adultos con nutrición enteral	Número de días de nutrición enteral en pacientes adultos

Serie IHO = Vigilancia de infecciones de herida operatoria

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
IHO. 1	Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía laparoscópica	Número de intervenciones de colecistectomía laparoscópica.
IHO. 2	Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía	Número de intervenciones de colecistectomía por laparotomía.
IHO. 3	Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de hernia inguinal en adultos	Número de intervenciones de hernia inguinal en adultos.
IHO. 4	Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de hernia inguinal en niños	Número de intervenciones de hernia inguinal en niños
IHO. 5	Número de infecciones de herida operatoria en cesáreas	Número de cesáreas
IHO. 6	Número de infecciones de herida operatoria en apendicectomía	Número de apendicetomías

Serie SP = Vigilancia de la salud del personal

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
SP. 1	Número de pinchazos del personal durante la instalación de venoclisis en el servicio de Medicina Interna	Número de venoclisis en el servicio de Medicina Interna
SP. 2	Número de pinchazos del personal durante la instalación de venoclisis en el servicio de cirugía	Número de venoclisis en el servicio de cirugía
SP. 3	Número de miembros del equipo de salud que se diagnostican con Hepatitis B	Número de miembros del equipo de salud

Recomendación:

Actualizar el registro de pinchazos en los servicios de Medicina Interna y Cirugía
 Verificar el programa de vacunación del personal (Hepatitis B)

ETAPA 4

DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN

La información debe ser divulgada a todas las personas que la necesitan para tomar decisiones, investigar, elaborar planes de intervención o evaluar la calidad, entre otras.

Las personas a quienes se distribuirá la información deben ser definidas localmente. Se sugiere que, al menos, se considere a todo el comité de IIH, jefes de servicios y personas con responsabilidad en supervisión. Se recomienda que la información enviada se acompañe de una interpretación de los datos y resultados que sea útil para la persona que la recibe.

La información enviada debe poder ser utilizada para generar acciones, así como la factibilidad de obtener números suficientes de casos y expuestos como para que la información sea válida

La información consolidada en los indicadores debe ser enviada trimestralmente a la Dirección Provincial de Salud, donde se analizará y posteriormente se enviará al nivel central del MSP (Comité Nacional de Control de IIH)

Cuando el caso lo requiera la información deberá ser manejada con carácter confidencial.

COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES.

LISTA DE ASISTENCIA A REUNION

Quito, Viernes 12 de noviembre de 2010.

LUGAR: SUBDIRECCION TECNICA HPAS.

HORA DE INICIO: 11:00 Hs

HORA QUE FINALIZA LA REUNION: 12:10 Hs

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Dr. Nelson Dueñas	Sub-Director Técnico del HPAS	
Dr. Gerardo Rentería	Presidente del Comité Infecciones del HES	
Dr. Ramiro Bucheli	Líder de UCI	
Lcda. Rosa Chiluisa	Departamento de Enfermería	
Dra. Jaqueline Peñafiel.	Maestrante	

Dr. Gerardo Rentería
Presidente del CCI

Dra. Jaqueline Peñafiel
Maestrante.

ANEXO 4

MANUAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

***MANUAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS
HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ.
AÑO 2010.***

TESIS DE GRADO

Autora:

Peñafiel Solano, Nancy Jaqueline, Dra.

Directora:

Buele Maldonado Norita Angelita, Dra.

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO
2013**

CONTENIDO

CONTENIDO	2
PRÓLOGO	4
OBJETIVOS	6
PALABRAS CLAVE	7
CAPÍTULO I	9
PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	9
LAVADO DE MANOS	9
PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN POR EL MEDIO AMBIENTE	15
1. LIMPIEZA DEL ENTORNO HOSPITALARIO.....	15
2. DESINFECCIÓN DEL EQUIPO UTILIZADO.....	16
3. ESTERILIZACIÓN.....	19
CAPITULO II	21
PREVENCIÓN DE INFECCIONES ENDÉMICAS COMUNES	21
2.1 INFECCIONES URINARIAS	21
2.2 INFECCIONES DE HERIDAS QUIRURGICAS	21
PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	21
ZONA DE LA INCISIÓN QUIRÚRGICA.....	22
2.3 NEUMONIA RELACIONADA CON EL USO DEL RESPIRADOR.....	22
2.4 INFECCIONES CAUSADAS POR CATETERES INTRAVASCULARES ...	22
CAPITULO III	24
MEDIO AMBIENTE	24
1. INSTALACIONES.....	24
2. SISTEMA DE VENTILACIÓN.....	24
3. SUMINISTRO DE AGUA.....	26
4. ALIMENTOS	26
5. DESECHOS	27
CAPÍTULO IV	30
USO RACIONAL DE PRODUCTOS ANTISÉPTICOS	30
FLORA MICROBIANA RESIDENTE.....	30

FLORA MICROBIANA TRANSITORIA	30
CAPÍTULO V.....	33
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL PERSONAL	33
Exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	33
Exposición al virus de la hepatitis B.....	34
Exposición al virus de la Hepatitis C	35
Infección por Neisseria meningitidis	35
Exposición al Micobacterium Tuberculosis	35
Exposición a otras infecciones: Varicela, Hepatitis A y E, Influenza, Pertussis, Difteria y Rabia	35
CAPÍTULO VI.....	36
INDICADORES PARA LA VIGILANCIA.....	36
Serie IRB = Vigilancia de Infecciones respiratorias del aparato respiratorio bajo.....	36
Serie ITU = Vigilancia de Infecciones del tracto urinario.....	37
Serie EP = Vigilancia de Endometritis Puerperal	37
Serie ITS = Vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo	38
Serie I. Int = Vigilancia de infecciones Intestinales	39
Serie IHO = Vigilancia de infecciones de herida operatoria	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

PRÓLOGO

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un importante problema de Salud Pública a nivel mundial por su frecuencia en muchos casos no identificada, por el aumento de complicaciones sobreañadidas a su patología de base, por el incremento de la mortalidad que producen en los pacientes hospitalizados y el aumento de los costos de hospitalización por prolongación de la estadía y uso de tratamientos especiales.

Una importante proporción de las IIH se asocian a prácticas de atención de pacientes. El conocimiento de la magnitud y características de las IIH, sus tendencias en el tiempo y las acciones tomadas para modificar la situación son indicadores de la calidad de la atención de pacientes. El control de estas infecciones permite mejorar la calidad de la atención y la productividad de los establecimientos, lo que las hace un muy buen indicador de la gestión hospitalaria.

En el manejo de las infecciones deben prevalecer los criterios médicos y éticos que son irrenunciables, por sobre los administrativos, clínicos, económicos, sociales y legales.

Un manual de prevención de infecciones intrahospitalarias es un instrumento donde se recopilan las instrucciones y prácticas recomendadas para dar una atención segura. El manual debe facilitarse para la capacitación del personal encargado de atender a los pacientes y actualizarse oportunamente dependiendo de las necesidades del hospital.

En el presente documento se dan los principios orientadores para realizar los programas locales, se establecen normas destinadas a la organización para el control de IIH, vigilancia epidemiológica, realización de programas educativos locales e integración de los diferentes servicios clínicos y de apoyo del hospital a la función permanente de prevenir las infecciones intrahospitalarias.

En el Hospital Pablo Arturo Suárez no existe un Manual de prevención de Infecciones Intrahospitalarias adecuado a su realidad, en los diferentes servicios cada jefatura del piso ha adecuado algunos protocolos de manejo pero no son prácticas de consenso que se apliquen en toda la institución, hace falta llevar un registro de casos y estadísticas para poder adoptar las medidas pertinentes.

Se observa la necesidad de aplicar en el Hospital Pablo Arturo Suárez un programa de control de infecciones intrahospitalarias para disminuir el riesgo de que el personal y/o los pacientes contraigan enfermedades o las propaguen.

OBJETIVOS

- Dotar al Personal del Hospital Pablo Arturo Suárez de un Manual de Control de infecciones intrahospitalarias que permita identificar y evitar los factores de riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas para la salud del paciente.
- Proteger al personal del Hospital Pablo Arturo Suárez contra la exposición a diferentes agentes biológicos.
- Capacitar al personal de los diferentes servicios sobre las normas de manejo y control de Infecciones intrahospitalarias.

PALABRAS CLAVE

Infección intrahospitalaria: Es toda infección adquirida durante la internación del paciente, que no estaba presente o incubándose al momento de la admisión. En el paciente posquirúrgico la infección puede manifestarse, hasta 30 días o un año después luego del alta del paciente dependiendo de la colocación o no de prótesis¹

Manual: Un manual de procedimientos es el documento que contiene la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad administrativa o de dos o más de ellas. El manual incluye los puestos o unidades administrativas que intervienen precisando su responsabilidad y participación.

Concepto: Palabras o términos de carácter técnico que se emplean en el procedimiento, las cuales, por su significado o grado de especialización requieren de mayor información o ampliación de su significado, para hacer más accesible al usuario la consulta del manual.

Procedimiento (descripción de las operaciones): Presentación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las operaciones que se realizan en un procedimiento, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué, y cuánto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo. Es conveniente codificar las operaciones para simplificar su comprensión e identificación, aun en los casos de varias opciones en una misma operación².

Epidemiología: Es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas.³

Vigilancia epidemiológica: La Vigilancia Epidemiológica⁴ es un proceso de investigación continua para la acción y reacción inmediata, que permite

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Higiene de las manos en la atención sanitaria. Tercera Edición. Versión en español. 2005.

² <http://www.monografias.com/trabajos13/mapro/mapro.shtml>

³ http://es.wikipedia.org/wiki/Epidemiologia_de_las_infecciones_nosocomiales.

⁴ <http://www.msp.gov.ec/index.php?option...id>. Vigilancia *Epidemiológica*

profundizar el conocimiento para poder evaluar y tomar medidas de intervención sobre la base del comportamiento de la situación epidemiológica y de sus determinantes de riesgo sociales, ecológicos y biológicos, a través del análisis de indicadores de resultados e impacto.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias (SVEIIH): Es la agrupación de diversos componentes de la estructura organizativa del Ministerio de Salud⁵ en mutua interacción, que permita la observación consistente y activa de la frecuencia y distribución de los procesos infecciosos adquiridos en los hospitales, a fin de asegurar que la información obtenida, sustente la toma de decisiones orientadas al control de infecciones, su prevención y las responsabilidades de los integrantes del equipo de Salud.

Brote Epidémico: Expresa el aumento inusual, por encima del nivel esperado (tasas del periodo pre epidémico), de la incidencia de determinada enfermedad, en general en un corto período de tiempo, en una sola población o grupo de pacientes.

⁵ <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsea/e/fulltext/intrahos/intrahos.pdf> Peru. 2006

CAPÍTULO I

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Es un conjunto de medidas y actividades que se deben realizar para disminuir las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención al paciente.

Prevención de la transmisión de persona a persona

- Lavado de manos
- Higiene personal
- Ropa protectora y uso de barreras de alta eficiencia: guantes, mascarilla, delantales

Prevención de la transmisión por el medio ambiente

- Limpieza del entorno hospitalario
- Desinfección de las áreas donde se trabajará
- Uso de antisépticos
- Uso de material esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel (DAN)
- Manejo de los desechos biológicos.

LAVADO DE MANOS

Objetivo:

- Eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora microbiana normal de la piel.
- Prevenir la diseminación de microorganismos a través de las manos del personal.

Hay tres tipos de lavado de manos dependiendo de la necesidad:

- a. **Lavado de manos de tipo doméstico o social**, se basa en el arrastre mecánico con agua y jabón, al hacerlo correctamente se eliminan la mayoría de los organismos recientemente adquiridos. Es una medida de higiene básica que debe realizarse antes de consumir alimentos, después de usar el tocador y cada vez que se manipule a los pacientes con procedimientos no invasivos.

- b. **Lavado Clínico de Manos.** Se aplica para eliminar la suciedad visible, grasa, flora transitoria y disminuir la flora residente de las manos, se utiliza jabón líquido de uso hospitalario con o sin antiséptico (en dispensadores especialmente diseñados) y secado de manos con toalla de un solo uso. Este tipo de lavado de manos es de rigor como parte de la Técnica Aséptica previo a realizar procedimientos invasivos en los pacientes y cuando se haya manipulado materiales o artículos altamente contaminados.

Procedimiento lavado clínico de manos



1
Humedecer las manos



2
Colocar una dosis de jabón.



3
Jabonar toda la superficie de Mano y muñeca



4-a
Jabonar y frotar espacios interdigitales

Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: www.blogspot.com

- Manos y muñecas libres de accesorios, subirse las mangas 4 traveses de dedo por sobre la muñeca.
- Mojarse manos y muñecas con agua corriente
- Aplicar jabón en la medida del dispensador
- Friccionar palmas, dorso de manos, espacios interdigitales y muñecas durante 1 minuto.
- Enjuagar con abundante agua corriente eliminando todo resto de jabón
- Secar las manos, luego la muñeca con toalla desechable o de un solo uso
- Cerrar la llave sin contaminar.

- c. **Lavado Quirúrgico:** Si el objetivo es mantener una baja población microbiana por un tiempo más o menos prolongado sobre la superficie de las manos, la práctica incluye fricción con un jabón antiséptico de efecto residual por lo menos durante tres minutos, limpieza de uñas y secado con toalla estéril. Este lavado de manos debe realizarse siempre previo a las cirugías y procedimientos invasivos de alto riesgo.

Procedimiento lavado quirúrgico de manos



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: www.mancia.org

- Manos, muñecas y antebrazos libre de accesorios, subirse las mangas por encima del pliegue del codo.
- Mojar manos, muñecas y antebrazos con agua corriente
- Accionar el dispensador de jabón sin las manos y aplicar jabón antiséptico de efecto residual (Povidona o Clorhexidina)
- Friccionar, manos (palmas y dorso), espacios interdigitales y antebrazos por 3 – 5 minutos
- Limpiar el lecho ungueal (con escobilla de uñas)
- Enjuagar con abundante agua corriente desde la punta de los dedos hacia el codo eliminando el jabón residual
- Terminado el proceso mantener las manos elevadas por sobre el codo
- Secar con compresa estéril las manos y antebrazos en ese orden.

Lavado de manos no tradicional



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: www.blogspot.com

En áreas donde no se cuenta con lavamanos o agua corriente, o donde la adhesión del personal al lavado de manos social es deficiente, se puede utilizar productos como el alcohol gel desinfectante que no requiere enjuague ni secado, sino que actúa por fricción, hasta que se pueda realizar un lavado de manos apropiado.

HIGIENE PERSONAL Todo el personal debe mantener una buena higiene personal: esto es mantener las uñas cortas y limpias y evitar el uso de uñas falsas. El pelo corto o sujeto con ganchos, la barba y el bigote cortos y limpios.

ROPA PROTECTORA Habitualmente el personal puede usar un uniforme o ropa de calle cubierta con un mandil blanco.

En lugares como la Unidad de Atención de Quemados o de Cuidados Intensivos, tanto los hombres como las mujeres usan un uniforme con pantalones y una bata de manga corta. En otras unidades, las mujeres pueden usar un vestido de manga corta. El material del uniforme de trabajo debe ser fácil de lavar y descontaminar.

USO DE BARRERAS DE ALTA EFICIENCIA Para disminuir el riesgo de infecciones cruzadas y la contaminación exógena durante los procedimientos de atención al paciente se utilizan mecanismos de barrera que impidan el traspaso de microorganismos desde los reservorios hasta un huésped susceptible. Estos pueden o no ser estériles.

Mascarillas



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: www.intramed.net

Su objetivo es prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan por el aire o gotitas en suspensión y cuya puerta de salida del huésped es el tracto respiratorio. Las mascarillas son de uso individual y las de papel con material sintético son una barrera sanitaria efectiva contra los microorganismos.

Mascarillas Quirúrgicas:

El objetivo es atrapar microorganismos habituales del árbol respiratorio superior los que alcanzan diámetros entre 0,3 a 0,5 micrones. Se usan para trabajar en el quirófano o cuidar a pacientes con inmunodeficiencia o para procedimientos invasivos.

Mascarilla de Alta Eficiencia:

El objetivo es servir de barrera a microorganismos menores a 0,3 micrones y altamente resistentes al ambiente como bacilo de la TBC. El personal debe usar estas mascarillas para cuidar a los pacientes con infecciones transmitidas por el aire, al realizar una broncoscopia o un examen similar.

Mascarillas con filtros absolutos:

Este tipo de mascarilla además de actuar como barrera a microorganismos pequeños, filtra gases tóxicos de riesgo para la salud del personal.

Batas y Campos Quirúrgicos



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: www.skyrock.com

Los campos y batas quirúrgicas estériles deben reunir las condiciones estructurales que impidan el traspaso de microorganismos, ello se logra con tramas de tejidos menores a 0,3 micrones o en su defecto telas no tejidas. Las características estructurales deben mantenerse con los sucesivos lavados. Es importante que los campos y batas se mantengan secos para que el efecto de barrera esté garantizado, ya que al mojarse, las bacterias de las áreas no preparadas del paciente y equipo quirúrgico migran hacia la herida por efecto de capilaridad. Las batas deben ser largas y contar con mangas largas y puños.

Guantes estériles.



Elaborado: Dra. Jaqueline Peñafiel

Fuente: www.blogspot.com

La imposibilidad de esterilizar las manos del personal ha llevado al uso de guantes estériles para manipular material estéril. Los guantes deben ser de un solo uso y desechables para cada procedimiento invasivo en que se utilicen. Hay que lavarse las manos luego de retirarse los guantes.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN POR EL MEDIO AMBIENTE

1. LIMPIEZA DEL ENTORNO HOSPITALARIO

- La limpieza regular es necesaria para eliminar el 99% de los microorganismos que se encuentran en un ambiente donde hay “suciedad visible”.
- Ni el jabón ni los detergentes tienen actividad antimicrobiana y el proceso de limpieza depende fundamentalmente de la acción mecánica.
- Debe haber normas que especifiquen la frecuencia de la limpieza y los agentes empleados para las paredes, los pisos, ventanas, camas, cortinas, rejas instalaciones fijas, muebles, baños, sanitarios y todos los dispositivos médicos reutilizados.

Existen tres procedimientos que nos permiten eliminar microorganismos de las superficies de los artículos, ellos son: Limpieza, Desinfección y Esterilización.

1. **LIMPIEZA DE MATERIAL.-** Debe realizarse con métodos de limpieza estandarizados. El objetivo es bajar la carga microbiana y eliminar a través del arrastre mecánico la suciedad visible de las superficies de los artículos de atención de pacientes.

La suciedad incluye materia orgánica e inorgánica que puede ser insoluble en agua, de quedar restos de ella, el material no puede considerarse limpio y estos remanentes van a producir corrosión de algunos artículos disminuyendo su vida útil. Para evitar estas situaciones es importante tener en consideración las características del agua y detergente de uso hospitalario. Con el fin que se cumpla con la estandarización de esta etapa, todo artículo de tipo clínico debe procesarse en la Central de Esterilización.

CALIDAD DEL AGUA:

- El material debe ser lavado bajo agua corriente
- El agua utilizada debe ser potabilizada
- En el caso del instrumental se requiere disponer de agua desmineralizada.

- El hospital debe proveer de agua fría y caliente

CALIDAD DEL DETERGENTE:

El detergente debe asegurar la eliminación de materia orgánica e inorgánica

- pH neutro
- No debe dañar los artículos
- No debe ser tóxico para el personal
- El detergente usado en instrumental, además debe tener propiedades lubricantes asegurando su funcionalidad.

SECADO DEL MATERIAL

Es importante asegurar esta condición en todo artículo de atención clínica, ya que la presencia de humedad favorece el crecimiento de los microorganismos y en el mejor de los casos altera los procesos de desinfección o esterilización, cuando un artículo estéril listo para su uso se encuentra húmedo o con agua residual, no debe usarse.

2. DESINFECCIÓN DEL EQUIPO UTILIZADO

Un hospital tiene 4 zonas claramente diferenciadas, las que deben ser limpias y desinfectadas de acuerdo a su requerimiento para obtener el nivel recomendable de asepsia

Zona A: Es un lugar donde no hay contacto con pacientes: administración, biblioteca. Aquí se debe realizar la limpieza doméstica normal

Zona B: lugar para los pacientes no infectados ni muy vulnerables, se debe limpiar sin levantar polvo. No se recomienda el barrido en seco ni la aspiradora. El uso de detergentes mejora la calidad de la limpieza. Es preciso desinfectar cualquier zona con contaminación visible con sangre o humores corporales antes de limpiarla.

Zona C: lugar de cuidado de pacientes infectados (pabellones de aislamiento). Debe limpiarse con una solución de detergente/desinfectante, con equipo separado de limpieza para cada habitación.

Zona D: lugar de cuidado de pacientes sumamente vulnerables (aislamiento protector) o zonas protegidas como el quirófano, la sala de partos, la unidad de cuidados intensivos, la unidad de bebés prematuros, el departamento de atención de accidentes y la unidad de hemodiálisis. Debe limpiarse con una solución de detergente/desinfectante y con equipo de limpieza separado.

El procedimiento de desinfección a aplicar dependerá del riesgo de IIH que presenten los artículos al momento de ponerse en contacto con los tejidos del huésped, especial importancia la alcanzan los artículos que se utilizan en procedimientos invasivos.

Los artículos de atención clínica se dividen en tres categorías:

1. **ARTÍCULOS NO CRÍTICOS.-** Son aquellos que tomarán contacto sólo con piel indemne o simplemente no entrarán en contacto con ningún tejido del huésped. En general para prevenir las infecciones intrahospitalarias a través de estos artículos es suficiente la remoción mecánica de la materia orgánica y suciedad visible con agua y detergente.
2. **ARTÍCULOS SEMICRÍTICOS.-** Son aquellos artículos que tomaron contacto con mucosas o piel no indemne. En estos casos además del lavado del material, se requiere someterlos a un proceso más agresivo, que puede ser esterilización o al menos algún nivel de desinfección
3. **ARTÍCULOS CRÍTICOS.-** Son aquellos que entrarán en contacto con tejidos estériles, torrente vascular o cavidades normalmente estériles. Estos artículos siempre requerirán de la exposición a algún agente esterilizante, más aún, el material crítico debe ser sometido a un proceso que garantice cada una de las etapas de: Lavado, preparación, exposición al agente esterilizante y posterior manipulación.

De acuerdo a esta clasificación todos los artículos de atención requieren algún tipo de procesamiento.

La desinfección es un proceso destinado a eliminar las formas vegetativas de los microorganismos y no las formas esporuladas, este procedimiento es válido para artículos que entran en contacto con mucosas, ya que estos tegumentos se defienden muy bien de los microorganismos esporulados.

Cuando se realiza este procedimiento se pueden dar tres niveles de desinfección que se relacionan con el nivel de acción del desinfectante:

Alto, Medio y Bajo.

a.- DESINFECTANTES DE ALTO NIVEL (crítico)

Son productos capaces de eliminar todos los microorganismos excepto la contaminación excesiva por esporas. Se pueden usar el Glutaraldehído al 2% y el Orthophtaldeido al 0,55%. Los dos actúan por inmersión del artículo. Otro desinfectante para uso exclusivo en equipos automatizados y endoscopios totalmente sumergibles, es el Ácido Peracético a 0,20 y 0,35%.

La desinfección de alto nivel no elimina formas esporuladas, el único proceso que garantiza dicha condición es la esterilización del material. Un importante desinfectante de alto nivel es el Formaldehído en solución acuosa al 4%, sin embargo su uso está restringido sólo a los filtros de hemodiálisis.

Los actuales endoscopios disponibles deben ser sometidos a un proceso de Desinfección de Alto Nivel DAN. Este tipo de procesamiento debe realizarse en la Central de Esterilización.

b.- DESINFECTANTES NIVEL INTERMEDIO (semicrítico)

Son capaces de eliminar bacterias en sus formas vegetativas, virus incluido hepatitis B y hongos, sin embargo, la diferencia con los desinfectantes de alto nivel es que éstos no eliminan el *Mycobacterium tuberculosis*. Se encuentra vigente el Alcohol etílico o isopropílico (70% - 90%), ampliamente recomendado

para la desinfección de ampollas, tapas de medicamentos y termómetros, etc. El alcohol actúa por frotación de las superficies de los artículos.

El cloro 0.1% es otro de los desinfectantes de nivel intermedio, pero en la actualidad existe evidencia de su toxicidad e inactivación casi inmediata con materia orgánica, por lo que se lo ha retirado del arsenal hospitalario.

c.- DESINFECTANTES BAJO NIVEL (no crítico)

Denominados Amonios Cuaternarios, actualmente debido a los cambios en la epidemiología de las IIH, perdieron toda su vigencia como desinfectantes de uso clínico. En la actualidad la mayoría de las formulaciones son como detergentes/desinfectantes y su uso se limita al saneamiento ambiental común de superficies.

3. ESTERILIZACIÓN

Se utiliza para garantizar la reducción de toda forma de vida microbiana incluyendo las formas esporuladas. Necesitan esterilizarse los dispositivos médicos que penetran en los sitios estériles del cuerpo y los líquidos y medicamentos parenterales.

La esterilización puede lograrse por medios físicos o químicos:

Esterilización térmica

- Esterilización húmeda: exposición a vapor saturado con agua a 121 °C por 30 minutos o a 134 °C por 13 minutos en un autoclave: (134 °C durante 18 minutos para priones).
- Esterilización en seco: exposición a 160 °C por 120 minutos o a 170 °C por 60 minutos; este proceso de esterilización se considera a menudo menos fiable que el proceso húmedo, particularmente para los dispositivos médicos huecos.

Esterilización química

- El óxido de etileno y el formaldehído para esterilización se han retirado del mercado paulatinamente en muchos países por razones de seguridad y por preocupación por la emisión de gases de efecto invernadero.
- Se usa ampliamente el ácido peracético en los Estados Unidos y en algunos otros países en sistemas automáticos de esterilización.

CAPITULO II

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ENDÉMICAS COMUNES

Las 4 infecciones intrahospitalarias más comunes son: urinarias, quirúrgicas, neumonía y la infección primaria de la sangre.

2.1 INFECCIONES URINARIAS: Las siguientes medidas que se ha comprobado son efectivas para la prevención.

- Limitación del período de uso de la sonda vesical a lo estrictamente necesario
- Técnica aséptica en la colocación de la sonda
- Inserción uretral sin traumatismo, utilizando un lubricante adecuado
- Mantener el tubo de drenaje cerrado

2.2 INFECCIONES DE HERIDAS QUIRURGICAS: Las medidas son:

- Técnica quirúrgica.
- Limpieza del ambiente del quirófano.
- Ropa del personal.
- Limitación de la estadía preoperatoria en el hospital.
- Ducha preoperatoria y preparación de la piel local del paciente.
- Óptima profilaxis con antibióticos.
- Práctica aséptica en el quirófano.
- Vigilancia de la herida quirúrgica.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

- Es importante identificar y tratar cualesquier infección antes de la cirugía
- Igualmente verificar el estado nutricional del paciente
- La noche antes de la cirugía debe bañarse con un jabón antibacterial

ZONA DE LA INCISIÓN QUIRÚRGICA

- Mantener el vello en su sitio, si el vello dificulta la Técnica Quirúrgica solo cortar sin invadir los tejidos
- Realizar lavado por arrastre mecánico de la zona operatoria con jabón lavador quirúrgico líquido que debe incluir en su formulación un antiséptico de efecto residual.
- Retirar el excedente de jabón lavador quirúrgico
- Aplicar sobre la zona lavada Antiséptico Tópico con igual principio activo que el lavador quirúrgico.
- Dejar secar el producto aplicado antes de delimitar el campo quirúrgico
- Posterior a la cirugía es necesario realizar la vigilancia de las heridas quirúrgicas y estratificarlas según el grado de contaminación durante la intervención: limpia, limpia-contaminada, o sucia.

2.3 NEUMONIA RELACIONADA CON EL USO DEL RESPIRADOR

- Mantener la desinfección apropiada y el cuidado durante el uso de los tubos, respiradores y humedecedores para limitar la contaminación.
- Evitar hacer cambios regulares de los tubos del respirador.
- Evitar la administración de antiácidos y antihistamínicos H₂.
- Mantener una succión estéril de la tráquea.
- El personal de enfermería debe mantener la cabeza erguida.

2.4 INFECCIONES CAUSADAS POR CATETERES INTRAVASCULARES

Catéter Venoso Central

- Lavar la zona de punción con jabón lavador quirúrgico (Clorhexidina 4%)
- Pincelar la zona de punción con Clorhexidina tópica (solución alcohólica 0,5%)
- Esperar el efecto de máxima acción (alrededor de 3 minutos)
- Cumplido el tiempo realizar la punción

Anestesia Regional

- Lavar zona de punción si la piel no se encontrara limpia y seca

- En anestésias epidural continua, aplicar en la zona de punción yodóforo tópicó (Povidóna tópicá 10%)
- Esperar que el antiséptico se fije a la piel (dejar secar)
- Realizar la punción
- En anestesia regional de una sola dosis aplicar alcohol al 70% previa punción

Catéter Venoso Periférico (Administración de sueros, antibióticos y otros fármacos)

- Sobre piel libre de suciedad visible, aplicar Alcohol 70%.
- Evitar cambiar el catéter con mucha frecuencia
- Si hay flebitis es necesario retirar el catéter.

Inyecciones IM, SBC, IV: Se procede al igual que con catéteres venosos periféricos.

CAPITULO III

MEDIO AMBIENTE

1. INSTALACIONES

Los servicios de salud deben regirse por las normas de calidad ISO 9000 e ISO 14000 para seguir los principios de bioseguridad y la planificación local.

Será necesario tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Disminuir el tránsito de personas para facilitar el transporte de pacientes y reducir al mínimo la exposición de pacientes de alto riesgo.
- Dar suficiente espacio de separación entre pacientes.
- Habitaciones en número suficiente para hospitalización y tipo adecuado de habitaciones de aislamiento.
- Fácil acceso a instalaciones para el lavado de las manos.
- Uso de materiales como: tapetes, pisos, que puedan limpiarse fácil y adecuadamente.
- Sistemas apropiados de ventilación de las habitaciones de aislamiento y de quirófanos.
- Prevención de la exposición de los pacientes a las esporas de los hongos durante las obras de renovación.
- Sistemas apropiados de suministro de agua potable para limitar la transmisión de *Legionella* spp.

2. SISTEMA DE VENTILACIÓN

La circulación del aire fresco filtrado que sale de un equipo adecuadamente instalado, diluirá y retirará los olores y la contaminación bacteriana transmitida por ese medio. Las tasas deseables de ventilación expresadas en ciclos de recambio de aire por hora varían según el fin para el que se emplee una zona particular.

Las zonas de alto riesgo del hospital (quirófanos, pabellón de recién nacidos, unidad de cuidados intensivos y unidad de atención de quemados) deben tener una corriente de aire con un mínimo de contaminación bacteriana. En estos sitios deben colocarse sistemas de ventilación con filtros de alto rendimiento ya que en estas zonas los pacientes son más vulnerables a las infecciones.

Debe realizarse periódicamente el mantenimiento y limpieza del sistema de ventilación. Es recomendable mantener una presión positiva de aire en zonas que deban estar lo más limpias posible, esto se logra suministrando a un sitio específico más aire del que pueda sacarse con el tubo de escape, se produce una corriente alrededor de las puertas y esto reduce la entrada de aire de zonas más contaminadas.

Se recomienda presión negativa del aire para zonas contaminadas o en las que se necesita aislamiento de pacientes que presentan infecciones propagadas por el aire.

La presión negativa produce una corriente de entrada alrededor de las puertas o ventanas y reduce la salida del aire contaminado. Es importante mantener cerradas las puertas para producir la presurización efectiva del aire.

En los quirófanos existen varios factores que influyen en la contaminación del aire:

- Grado de cumplimiento de las normas de control de infecciones
- Calidad del proceso de limpieza
- Tipo de intervención quirúrgica
- Calidad del aire proporcionado
- Frecuencia de ciclos de recambio de aire
- Número de personas en el quirófano.
- Movimiento del personal del quirófano
- Calidad de la ropa del personal

Para que el aire esté limpio y libre de contaminantes debe circular con una velocidad mínima de 0.25 m/segundo a través de un filtro de partículas de alto rendimiento HEPA que retira las partículas de 0.3 μm de diámetro y mayores.

3. SUMINISTRO DE AGUA

AGUA El agua debe ser potable, apta para beber. El agua que ingresa de la red pública debe ser tratada en el hospital para poder ser de uso médico, se le dará un tratamiento físico o químico. El uso de agua de grifo puede ser un riesgo para la atención de salud.

El agua de uso farmacéutico comprende:

- Agua purificada, esto es, agua estéril para la preparación de medicamentos que normalmente no necesitan ser estériles, pero deben estar libres de pirógenos.
- Agua estéril para preparaciones inyectables.
- Agua de dilución para hemodiálisis.

4. ALIMENTOS

La cantidad y calidad de los alimentos es una importante medida de atención de salud. Un paciente hospitalizado es más vulnerable a una infección transmitida por alimentos y las consecuencias son más graves, por ello se debe mantener normas estrictas de higiene de los alimentos:

- Mantener una zona de trabajo limpia.
- Separar los alimentos crudos de los cocidos para evitar la contaminación cruzada.
- Usar técnicas de cocción apropiadas y seguir las recomendaciones para prevenir la proliferación de microorganismos en los alimentos.
- Mantener una higiene personal escrupulosa entre las personas que manipulan alimentos, especialmente en lo que respecta al lavado de las manos, ya que éstas son la principal vía de contaminación.
- El personal debe cambiarse de ropa de trabajo al menos una vez al día y mantener cubierto el cabello.

- Evitar la manipulación de alimentos cuando haya una enfermedad infecciosa en el personal (resfriado, influenza, diarrea, vómito, infecciones de la garganta y la piel), notificar todas las infecciones.

Otros factores importantes para el control de la calidad son:

- Los alimentos comprados deben ser de buena calidad e inocuos desde el punto de vista bacteriológico.
- El almacenamiento deben ser adecuado a los requisitos para cada tipo de alimento.
- La cantidad de alimentos perecederos no debe sobrepasar una cantidad correspondiente a la del consumo de un día.
- Guardar los alimentos no perecederos, las conservas y los enlatados en una bodega seca, bien ventilada y tener un sistema de rotación de las existencias.
- Los alimentos congelados se deben mantener a una temperatura mínima de -18 °C (-0,4 °F); no se deben volver a congelar.
- El lugar de preparación de alimentos debe lavarse frecuentemente con agua , detergentes y desinfectantes.
- Control de plagas.

5. DESECHOS

Se considera que entre el 75-90 % de desechos de un establecimiento de salud son “generales”, tan sólo del 10 -25% de los desechos son peligrosos y puede crear algún riesgo para la salud.

En la categoría de desechos peligrosos están:

- Cultivos y caldos de agentes infecciosos del trabajo de laboratorio.
- Desechos de intervenciones quirúrgicas y autopsias de pacientes con enfermedades infecciosas (por ejemplo, tejidos y materiales o equipo que han estado en contacto con sangre u otros humores corporales).
- Desechos de pacientes infectados en pabellones de aislamiento (por ejemplo, excretas, vendajes de heridas infectadas o quirúrgicas, ropa muy contaminada con sangre humana u otros humores corporales).

- Desechos que han estado en contacto con pacientes infectados sometidos a hemodiálisis (por ejemplo, equipo de diálisis, como tubos y filtros, toallas desechables, delantales, guantes y batas comunes y de laboratorio).
- Animales de laboratorio infectados.
- Cualquier otro instrumento o material contaminado por una persona o un animal infectado.

Como guía general se recomiendan las siguientes prácticas:

- ✓ Establecer un sistema de recolección selectiva de desechos separando los desechos médicos, los desechos generales y algunos desechos específicos: cortopunzantes, infecciosos y citotóxicos.
- ✓ Los desechos generales pueden evacuarse igual que la basura doméstica.
- ✓ Los instrumentos cortopunzantes deben recogerse en recipientes específicos de metal o de plástico grueso, con tapa bien ajustada, difíciles de abrir o de cerrar.
- ✓ Las bolsas y otros contenedores empleados para los desechos infecciosos deben marcarse con el símbolo internacional de sustancias infecciosas y/o ser de color rojo.
- ✓ Los desechos infecciosos deben guardarse en un lugar seguro con acceso restringido, este es el almacenamiento primario.
- ✓ Los desechos del laboratorio de microbiología deben empacarse en bolsas rojas apropiadas para esterilización en autoclave.
- ✓ Se puede colocar una pequeña cantidad de desechos químicos o farmacéuticos junto con los desechos infecciosos.
- ✓ Si hay gran cantidad de productos farmacéuticos caducados deben devolverse a la farmacia para evacuación.
- ✓ Los medicamentos derramados o contaminados, o empaques que contienen residuos de medicamentos **no** deben devolverse por el riesgo de contaminación de la farmacia; deben depositarse en el contenedor correcto en el lugar de producción.
- ✓ Las grandes cantidades de desechos químicos deben empacarse en contenedores resistentes a las sustancias químicas y enviarse a instalaciones de tratamiento especializado. La identidad de las sustancias

químicas debe marcarse con claridad en los contenedores: nunca deben mezclarse los desechos químicos peligrosos de diferentes tipos.

- ✓ Los desechos con un alto contenido de metales pesados (por ejemplo, cadmio o mercurio) se deben recoger y evacuar por separado.
- ✓ Los contenedores a presión pueden recogerse con los desechos generales una vez que estén completamente vacíos, siempre y cuando los desechos no se destinen a incineración.
- ✓ Los desechos infecciosos radiactivos de bajo nivel (por ejemplo, hisopos, jeringas para uso diagnóstico o terapéutico) pueden recogerse en bolsas amarillas o contenedores para desechos infecciosos si se destinan a incineración.
- ✓ Informar al personal de atención de salud y al personal administrativo del hospital sobre los peligros relacionados con los desechos hospitalarios y capacitarlos en prácticas apropiadas de manejo de desechos.
- ✓ Como una medida básica de higiene ambiental, las áreas donde se mantienen transitoriamente los desechos hasta su recolección final, deben estar separadas de las zonas de hospitalización y protegidas por rejillas a fin de evitar la proliferación de moscas y roedores.
- ✓ Debe existir un programa de eliminación de vectores, aunque ellos no se encuentren implicados en los factores que producen las IIH endémicas.

CAPÍTULO IV

USO RACIONAL DE PRODUCTOS ANTISÉPTICOS

Los **ANTISÉPTICOS** son agentes químicos **Biocidas**, usados para inhibir o eliminar microorganismos en la piel y otros tejidos vivos. Son menos tóxicos que los **DESINFECTANTES** que son **Germicidas** utilizados para superficies inanimadas.

FLORA MICROBIANA RESIDENTE.- Son microorganismos de la piel que se desarrollan y multiplican constantemente, se encuentran en las capas más profundas de la piel y ascienden a la superficie a través de la sudoración. Su eliminación natural se produce por la descamación propia de las células epiteliales. Son en general cocos grampositivos. Ej. *Staphylococcus coagulasa* (-), Difteroides, *Micrococcus* y un anaerobio denominado *Propionibacterium acnes*. NO son patógenos, pero pueden comportarse como oportunistas.

FLORA MICROBIANA TRANSITORIA. Son microorganismos que no se multiplican, la mayoría son transferidos a la piel por contacto permanente con superficies contaminadas del ambiente hospitalario durante la práctica clínica. Esta flora es fácilmente eliminada por arrastre mecánico a través del lavado con agua y jabón. Son generalmente PATOGENOS, principalmente Gram (-) como *Enterococcus*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, y Gram (+) como *Staphylococcus aureus*.

Por este motivo las manos del personal sanitario revisten gran relevancia al momento de la práctica clínica, siendo el Lavado de Manos una medida fundamental en la prevención de Infecciones.

Cuando se requiere una reducción rápida de la flora residente que coloniza la piel y se necesita tener efecto residual se hace necesario el uso de un antiséptico, así:

- Antes de realizar procedimientos invasivos

- Antes de atender pacientes inmunosuprimidos o con muchos factores de riesgo de IIH: atención de los neonatos, pacientes de UCI, lavado quirúrgico de manos, preparación de la piel antes de la intervención.
- Después de manipular materiales altamente contaminados como son los productos de desecho de pacientes infectados.

El tipo de antiséptico a aplicar dependerá del objetivo que se desea alcanzar en los tejidos vivos, por lo tanto se hace necesario recordar, cuales son las características de los antisépticos de uso hospitalario vigentes:

- Espectro de acción frente a los agentes microbiológicos.
- Rapidez de acción del antiséptico al contacto con los tejidos.
- Efecto residual que se desea alcanzar en la piel.
- Efecto acumulativo del producto.
- Seguridad y eficacia del producto.
- Costo del producto.
- Aceptación del antiséptico por el usuario.

Un antiséptico que reúna todas estas características sería el ideal, sin embargo, a la fecha no se ha formulado ese antiséptico universal. De acuerdo al grupo químico al que pertenecen en la tabla 1 se citan los principales antisépticos vigentes.

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LOS ANTISÉPTICOS

GRUPO QUIMICO	CLASES	PRODUCTOS
Alcoholes	Étilico, Isopropílico	
Halogenados	Yodados	Soluciones de yodo, Yodóforos
Biguanidas	Clorhexidina	
Fenoles	Bifenoles	Triclosán
Tensoactivos	Aniónicos	Jabones

Tabla 2. ANTISÉPTICOS APROBADOS

Producto	Efecto acción	Recomendaciones	Limitante
Alcohol 70%	Rápido	Inyecciones: intramusculares, subcutáneas, endovenosas, catéteres periféricos. Anestesia regional sin catéter	Volátil Baja residualidad
Yodóforos : Povidona tópica 10% Povidona lavador quirúrgico 8-10%	Efecto residual	Preparación zona operatoria Anestesia epidural continua Antisepsia perineal parto vaginal	Absorción por mucosas y piel no indemne
Clorhexidina jabonosa 2 al 4% Clorhexidina tintura 0.5%	Efecto residual y acumulativo	Lavado quirúrgico de manos Zona punción CVC Alternativa pacientes alérgicos al Yodo	Su efectividad la alcanza a los 3 minutos Se inactiva con jabón natural
Triclosán 1%	Baja toxicidad	Lavado de manos frecuentes en áreas no críticas	Nula acción sobre <i>pseudomonas</i>

CAPÍTULO V

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL PERSONAL

Los trabajadores de la salud están en riesgo de contraer infecciones por exposición ocupacional, también pueden transmitir infecciones a los pacientes y a otros empleados.

Se deben tomar las siguientes medidas:

- Realizar un examen ocupacional a todo el personal en el momento de la contratación, inmunizaciones, exposición previa a enfermedades transmisibles como la tuberculosis. (Prueba de Mantoux)
- En el programa de inmunizaciones se recomienda: vacuna contra la Hepatitis A y B, influenza, sarampión, parotiditis, rubéola, difteria y tétanos, en algunos casos la varicela
- Se deben establecer normas específicas para el período post exposición y asegurar el cumplimiento en el caso de infecciones por VIH, hepatitis A,B,C,E, Neisseria meningitidis, Rabia, Mycobacterium tuberculosis, Bordetella pertusis, Varicela zóster y Corinebacterium Difteriae.

Exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Después de una punción con aguja empleada en un paciente VIH-positivo la probabilidad de infección por el VIH es de 0,2% a 0,4% por lesión.

Reducimos el riesgo de exposición de todos los patógenos transmitidos por la sangre con las siguientes medidas:

- Tomar las precauciones normales y, si el caso lo amerita utilizar protección complementaria mediante colocación de barreras.
- Usar dispositivos de bioseguridad y un sistema de evacuación de agujas para limitar la exposición a objetos cortopunzantes.
- Capacitación continúa en manejo de cortopunzantes.

Existen algunos factores que pueden aumentar la posibilidad de contraer la infección por el VIH después de una lesión en el trabajo:

- Lesión (intramuscular) profunda
- Uso de agujas huecas
- Sangre visible en el dispositivo causante de la lesión,
- Empleo del dispositivo causante de la lesión para entrar a un vaso sanguíneo
- Paciente considerado como foco de infección con alta carga vírica

Las medidas a tomar son:

1. Iniciar la profilaxis en las 4 horas siguientes a la exposición.
2. Tomar una muestra de sangre del trabajador para detección de VIH lo más pronto posible y hacer el seguimiento con estudios serológicos a intervalos regulares hasta por un año.
3. Se recomienda el uso de antirretrovirales post exposición
4. Notificar cualesquier enfermedad que ocurra en los 3 meses siguientes a la lesión.

Exposición al virus de la hepatitis B

La probabilidad de infección por punción con aguja va desde 1.9% y 40% por lesión. Puede ocurrir infección si en la prueba el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) o el antígeno (HBeAg) da positivo. Si la persona ha sido inmunizada previamente con un anticuerpo contra HBs mayor a 10mIU/ml no requiere más tratamiento.

La profilaxis es una inyección de inmunoglobulina antihepatitis B por vía intramuscular y un tratamiento completo con la vacuna contra hepatitis B. Debe administrarse la Inmunoglobulina dentro de las primeras 48 horas o máximo una semana luego de la exposición. Debe realizarse un examen serológico más adelante para observar la respuesta inmunológica del paciente.

Exposición al virus de la Hepatitis C

Las vías de infección son las de la hepatitis B. No hay tratamiento para la Hepatitis C, pero se debe confirmar la seroconversión.

Infección por Neisseria meningitidis

Se transmite por secreciones respiratorias cuando hay estrecho contacto (boca a boca) entre el paciente y el trabajador de la salud, como en cualquier intento de reanimación. La profilaxis se realiza con Rifampicina, cirprofloxacin o ceftriaxona.

Exposición al Micobacterium Tuberculosis

Se transmite por gotitas llevadas por el aire desde pacientes con tuberculosis pulmonar. Si es positiva la prueba de mantoux (Mayor a 10 mm de induración) se considerará administrar profilácticamente isoniazida.

Exposición a otras infecciones: Varicela, Hepatitis A y E, Influenza, Pertussis, Difteria y Rabia

La transmisión en estos casos es rara, se recomienda vacunar al personal contra varicela, Hepatitis A, influenza, y contra la rabia en áreas donde esta enfermedad es endémica.

CAPÍTULO VI

INDICADORES PARA LA VIGILANCIA

Cada indicador o tasa debe multiplicarse por 100

Serie IRB = Vigilancia de Infecciones respiratorias del aparato respiratorio bajo

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
IRB. 1	Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica (24 hrs o más) en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos	Número de días de ventilación mecánica en Unidad de cuidados Intensivos de adultos
IRB. 2	Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica (24 hs o más) en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica	Número de días de ventilación mecánica en unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (en hospitales pediátricos)
IRB. 3	Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica (24 hrs o más) en la Unidad de Neonatología	Número de días de ventilación mecánica en Unidad de Neonatología
IRB. 4	Número de neumonías en pacientes sin ventilación mecánica en el servicio de medicina (áreas abiertas)	Número de egresos en el servicio de medicina

Recomendación:

Para mejorar la vigilancia de las infecciones respiratorias en el Hospital Pablo Arturo Suárez se ve la necesidad de establecer el Servicio de Neumología

como un área independiente. Además se requiere más personal de enfermería para la misma.

Serie ITU = Vigilancia de Infecciones del tracto urinario

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
ITU. 1	Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24 hs o más) en servicio de Medicina	Número de días catéter urinario en servicio de Medicina
ITU. 2	Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24 hs o más) en servicio de Cirugía	Número de días catéter urinario en servicio de Cirugía
ITU. 3	Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente (24 hs o más) en servicio de UCI Adultos	Número de días catéter urinario en servicio de UCI Adultos

Serie EP = Vigilancia de Endometritis Puerperal

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
EP. 1	Número de endometritis puerperal en parto vaginal	número de mujeres con parto vaginal
EP. 2	Número de endometritis puerperal en cesárea	número de mujeres con parto cesárea
EP. 3	Número de endometritis puerperales en cesárea sin trabajo de parto	Número de mujeres con cesárea sin trabajo de parto
EP. 4	Número de legrados infectados	Número total de mujeres con legrado

Recomendación:

Se precisa de la coordinación entre las diferentes Áreas de Salud de la localidad para el manejo de las Referencias y Contra referencias de las pacientes embarazadas.

Serie ITS = Vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
ITS. 1	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central permanente (24 hrs o más) en la UCI de adultos	Número de días catéter venoso central en la UCI de adultos
ITS. 2	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central permanente (24 hrs o más) en pacientes pediátricos	Número de días catéter venoso central en pacientes pediátricos
ITS. 3	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con nutrición parenteral total en pacientes adultos	Número de días de nutrición parenteral total en pacientes adultos
ITS. 4	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con nutrición parenteral total en pacientes pediátricos	Número de días de nutrición parenteral total en pacientes pediátricos
ITS. 5	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter umbilical permanente (24 hs ó más) en neonatología	Número de días catéter umbilical permanente (24 hs o más) en neonatología
ITS. 6	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes adultos en tratamiento antineoplásico con neutropenia <500 neutrófilos x ml	Número de días de neutropenia < 500 neutrófilos x ml en pacientes pediátricos en tratamiento antineoplásico.
ITS. 8	Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes con catéter central para hemodiálisis	Número de días con catéter central para hemodiálisis

Serie I. Int = Vigilancia de infecciones Intestinales

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
I. Int. 1	Número de Infecciones gastrointestinales en pacientes de servicios de lactantes	Número de días de hospitalización en servicio de lactantes
I. Int. 2	Número de infecciones intestinales en Neonatología	número de días de hospitalización en Neonatología
I. Int. 3	Número de Infecciones intestinales en pacientes adultos con nutrición enteral	Número de días de nutrición enteral en pacientes adultos

Serie IHO = Vigilancia de infecciones de herida operatoria

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
IHO. 1	Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía laparoscópica	Número de intervenciones de colecistectomía laparoscópica.
IHO. 2	Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de colecistectomía por laparotomía	Número de intervenciones de colecistectomía por laparotomía.
IHO. 3	Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de hernia inguinal en adultos	Número de intervenciones de hernia inguinal en adultos.
IHO. 4	Número de infecciones de herida operatoria en intervenciones de hernia inguinal en niños	Número de intervenciones de hernia inguinal en niños
IHO. 5	Número de infecciones de herida operatoria en cesáreas	Número de cesáreas
IHO. 6	Número de infecciones de herida operatoria en apendicetomía	Número de apendicetomías

Serie SP = Vigilancia de la salud del personal

INFECCION	NUMERADOR	DENOMINADOR
SP. 1	Número de pinchazos del personal durante la instalación de enclisis en el servicio de Medicina Interna	Número de venoclisis en el servicio de Medicina Interna
SP. 2	Número de pinchazos del personal durante la instalación de venoclisis en el servicio de cirugía	Número de venoclisis en el servicio de cirugía
SP. 3	Número de miembros del equipo de salud que se diagnostican con Hepatitis B	Número de miembros del equipo de salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AORN. ***Prácticas Recomendadas para el Cuidado de Instrumental Quirúrgico y Endoscópico***. Ediciones. MMISA.
2. CDC (2004) ***Draft guileline for isolation. Precautions in Hospitals: Evolution of isolation Practic***. Estados Unidos.
3. CENTER FOR DISEASE CONTROL (2006) ***Nosocomial Infections Surveillance***. Estados Unidos
4. CONASA, Consejo Nacional de Salud del Ecuador. (2006). ***Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos***. Quito
5. CONGRESO INTERNACIONAL DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (2010). Quito, Ecuador.
6. WHO INTERIM GUIDELINES. (2007) ***Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care***. Estados Unidos.
7. DUCCEL, G et al. (2006) ***Guía práctica para la lucha contra la infección hospitalaria***. WHO/BAC/.
8. FAVERO MS, Bond WW. (2005)***Chemical disinfection of medical and surgical materials In: Block SS, ed. Disinfection, sterilization and preservation***. Philadelphia, EEUU, 4ed. Lea & Febiger .
9. GENE – SALLES. Presente y Futuro de las Centrales de Esterilización en Europa. En Todo Hospital N° 158. Julio – Agosto2008
- 10.GONZÁLEZ SALVATIERRA, Roxane (2009). ***Costo de la infección nosocomial Ops***.
- 11.GRAHAM M. (2007). ***Frecuencia y duración del lavado de manos en una UCI. Am J Infect Control***
- 12.GUTIÉRREZ B. González N. Y col. (2006) ***Infecciones Nosocomiales***, México
- 13.HPAS,(2005-2007) ***Plan Estratégico*** Quito-Ecuador
- 14.HPAS. (2008). ***Plan estratégico del HPAS 2008 – 2013***. Quito - Ecuador.

15. KARAN, George. (2007). ***Aparición de Resistencia en Bacterias y Hongos: Un Problema Global. Un simposio Acreditado.*** San Francisco, California.
16. MANDELL GL, Douglas RG, Bennett JE eds. (2006) ***Principles and practice of infectious diseases.*** 3 ed. New York.
17. MINISTERIO DE SALUD CHILE. (2008) ***Norma sobre manejo de desechos provenientes de la atención de salud desde el punto de vista de prevención de infecciones. Circular 4G/ 31.*** Chile
18. MINISTERIO DE SALUD - CHILE. (2006). ***Sistema de Vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias.*** Chile.
19. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2006) ***Convenio MSP- USAID STOP/AI, evaluaciones de prevención y control de IIH.*** Quito - Ecuador
20. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). ***Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal. (en construcción).*** Quito - Ecuador
21. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). ***Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal. (en construcción)*** Quito – Ecuador.
22. OMS/OPS. (2006) ***Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Guía Práctica.*** . Washington, D.C
23. OPS/OMS. (2002). ***La garantía de calidad: Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Serie/SILOS No.13, y/o Manual de gerencia de la calidad, No. 9 de esta misma Serie.*** Washington, D.C
24. OPS/OMS. (2006). ***Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas de Bioseguridad y Manejo de Desechos.*** . Washington, D.C
25. OPS/OMS. (2006). ***Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas de Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales..*** Washington, D.C
26. OPS. (2007). ***Infecciones hospitalarias legislación en América latina.*** Washington, D.C
27. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). ***Modelo de Guía Clínica y formulario para tratar las enfermedades infecciosas. 525 Twenty-third St., N.W. Washington, D.C. E.U.A.***

28. PABLO ARTURO SUAREZ. (2008). **Plan Estratégico del Hospital Pablo Arturo Suárez. Servicio de Estadística.** Quito, Ecuador
29. PONCE DE LEÓN Samuel R. (2006). **Manual De Prevención Y Control De Infecciones Intrahospitalarias.** México. INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.
30. SALVATIERRA-GONZÁLEZ, R. (2009) **Costo De La Infección Nosocomial.**

Páginas de Internet

31. www.depaginas.com.ar/monografiasde-Manual-de-control-de-calidad-en-Microbiologia-Clinica. Octubre 2009.
32. www.conasa.gob.ec/index.php?option=com. Abril 2012
33. www.derechoecuador.com Abril 2012
34. www.monografias.com/trabajos13/mapro/mapro.shtml. Junio 2011
35. [www.es.wikipedia.org/wiki/Epidemiologia de las infecciones nosocomiales](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Epidemiologia_de_las_infecciones_nosocomiales). Junio 2011
36. [www.msp.gov.ec/index.php.option...id](http://www.msp.gov.ec/index.php?option...id). Vigilancia Epidemiológica. Junio 2011
37. www.cepis.ops-oms.org/bvsea/e/fulltext/intrahos/intrahos.pdf Junio 2011
38. www.higienedemanos.org/node/4 Junio 2011
39. www.slideshare.net/.../investigacionaccion Kurt Lewis. Junio 2011
40. www.elmundo.es. salud; Infecciones intrahospitalarias un problema común. Junio 2011

ANEXO 5

PLAN ANALITICO DE LA CAPACITACION AL PERSONAL DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ

<u>EQUIPO RESPONSABLE:</u>	
Dr. Nelson Dueñas Ramírez. Subdirector Técnico del Hospital Pablo Arturo Suárez.	
Dra. Jaqueline Peñafiel , Médico Maestrante	Horas de Capacitación
Médicos Líderes de los diferentes servicios del Hospital.	TEORICAS: 2
Personal de Enfermería y asistencial	
“Prevención de Infecciones Intrahospitalarias. Hospital Pablo Arturo Suárez. Año 2010”	
Capacitación en la Prevención de Infecciones Intrahospitalarias	
Objetivo General	
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones Intrahospitalarias, mediante la aplicación de un sistema de vigilancia epidemiológica con la implementación de un Manual de Prevención de Infecciones, en el Hospital Pablo Arturo Suárez, año 2010.	
Objetivos Específicos	
Identificar los riesgos de infección intrahospitalaria que pueden ocurrir en personal de salud del Hospital Pablo Arturo Suárez.	
Diseñar el Manual de prevención de infecciones Intrahospitalarias para el para el Hospital.	
Elaboración del Manual.	
Capacitar al personal de salud que labora en el servicio de Anatomía Patológica sobre Normas de Bioseguridad.	
VIGENCIA DE LA CAPACITACIÓN AÑO: Octubre 2010	

PLAN SINTETICO DE LA CAPACITACION AL PERSONAL DEL HOSPITAL
PABLO ARTURO SUAREZ

Actividad	Horario	Responsable
Presentación	11:00	Dra. Peñafiel. Maestrante
Objetivos de la capacitación	11:10	Dra. Peñafiel. Maestrante
Objetivos de la Vigilancia epidemiológica	11:20	Dra. Peñafiel. Maestrante
Técnica aséptica	12:00	Dra. Peñafiel. Maestrante
Normas de bioseguridad	12.45	Dra. Peñafiel. Maestrante
Inmunización del personal de Anatomía Patológica	13:00	Dra. Peñafiel. Maestrante

ANEXO 6

FOTOGRAFÍAS:

Recopilación de la Información en el Departamento de Estadística del Hospital Pablo Arturo Suárez



Elaborado por: Dra. Jaqueline Peñafiel
Octubre 2010



Elaborado por: Dra. Jaqueline Peñafiel
Octubre 2010

Reuniones de coordinación del Comité de Infecciones



Elaborado por: Dra. Jaqueline Peñafiel
Octubre 2010



Elaborado por: Dra. Jaqueline Peñafiel
Octubre 2010