

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO
CUSCO 2015 - 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

SUSY MENDOZA VALDIVIA

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA VOCAL

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 231

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 933-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	31
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.1 Recolección de Datos	37
3.2 Experiencia Profesional	38
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	43
IV. RESULTADOS	45
V. CONCLUSIONES	52
VI. RECOMENDACIONES	53
VII. REFERENCIALES	54
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) constituyen actualmente un problema preocupante de salud a nivel mundial, siendo uno de los mayores problemas de salud pública que enfrentan las instituciones prestadoras de salud tanto del sistema privado y público, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en países desarrollados como a países en vías de desarrollo. Se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por infecciones, es así como la carga de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) es superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) son un indicador que mide la calidad de los servicios prestados. Actualmente la eficiencia de un hospital no solo se mide por los índices de mortalidad, sino también se toma en cuenta el índice de infecciones hospitalarias. Con el tiempo se observa el carácter cambiante y creciente de las infecciones nosocomiales, causadas por gérmenes comunitarios y que provenían del desconocimiento completo de las medidas de higiene, las infecciones actuales están más agazapadas y escondidas tras la masa de infecciones de carácter endémico ocasionadas el 90 % de ellas por gérmenes banales. El presente informe tiene el objetivo de describir la experiencia profesional de los cuidados de enfermería a pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el servicio de Cirugía General Hospital Adolfo Guevara Velasco. Cusco 2015-2017, y consta de los siguientes capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema, que comprende, descripción de la situación problemática, objetivos y justificación. Capítulo II: Marco teórico o conceptual comprende: antecedentes, marco conceptual o teórico, definición de términos. Capítulo III: Metodología, Fase de recolección de datos, experiencia profesional.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) constituyen un problema de salud grave 17.522 hospitales y centros de salud de 171 países del mundo entre ellos países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, cada día tienen 1,4 millones de pacientes que adquieren una IAAS (Infecciones asociadas a la Atención de Salud). (1)

En el Perú según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en el año 2016 reportan que la tasa de prevalencia puntual de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) fue de 2.82, de un total de 9,170 de pacientes con esta infección dentro de los cinco primeros tipos de Infecciones asociadas a la atención de Salud (IAAS) y entre ellas está la infección de heridas hospitalarias, lo cual reporta un descenso de número total de pacientes en relación a la incidencia del año 2014 que fueron un total de 10,938 pacientes. (2)

El Callao presenta una prevalencia puntual de 5.68, la región Ucayali presenta una prevalencia puntual 4.29, la región de San Martín y Lambayeque presentan una prevalencia puntual 4.21 y Lima 4.06 y en el Cusco la Dirección General de Epidemiología Dirección de Salud reporta la tasa de prevalencia de 2.14. (3)

Los últimos reportes dan a conocer la máxima prevalencia de estas infecciones en las Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Cirugía General y Ortopédicos de atención de enfermedades agudas donde ocurren más frecuentemente en heridas quirúrgicas, vías urinarias y vías respiratorias inferiores.

1.2. Objetivo

Describir la experiencia profesional sobre cuidados de enfermería a pacientes con Infecciones asociadas a la Atención de Salud en el servicio de Cirugía General. Hospital Adolfo Guevara Velasco. Cusco. 2015 – 2017.

1.3. Justificación

La vigilancia y control epidemiológico nacen de la necesidad de evitar el contagio de enfermedades infecciosas en los servicios hospitalarios. En sus inicios se implementaron acciones como aislamiento y cuarentena de enfermos, al transcurrir los años, gracias al aporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se crearon sistemas de vigilancia epidemiológica con implementación gubernamental en cada país.

Según la Organización Mundial de la Salud menciona que las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) constituye un verdadero desafío para cualquier sistema de salud del mundo por tanto el control de las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) juntamente con la seguridad del paciente son acciones para disminuir este indicador negativo. (4)

El Ministerio de Salud ha establecido normas para mejorar la capacidad de respuesta del sistema frente a Las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS), desarrollando un trabajo coordinado con direcciones regionales de salud, hospitales privados y públicos, Essalud; para reducir las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS); por ende, mejora la calidad de atención de salud mediante “Los lineamientos para la vigilancia, prevención y control de Las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS)”, en las normas técnicas N° 26-2005/MINSA/DGE/VOL1.

Las cuidados de enfermería a los pacientes con infecciones quirúrgicas en los servicios de cirugía es avalada por la Ley del Enfermero cuyo Artículo 2° dice que el Rol de la Profesión de la Enfermería: como profesional de la ciencia de la salud, participa en la prestación de servicios integral, en forma científica, tecnológica y sistemática en los procesos de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud en la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar del paciente hospitalizado.

Hoy, casi 150 años después de las importantes intervenciones del doctor Ignaz Semmelweis y de la enfermera Florence Nightingale en los campos de la asepsia y la antisepsia, reflejados en la práctica de lavado de manos, y la modificación de los ambientes hospitalarios y asepsia en la curación de las infecciones revisten una importancia cada día mayor, debido al impacto en la morbimortalidad de los pacientes, el incremento notable de los costos, el compromiso de los indicadores de calidad y el buen nombre de los enfermeros.

Este informe pretende ser un aporte para optimizar y reorientar la práctica y conocimiento del profesional de enfermería desde mi experiencia y así brindar seguridad al paciente, de esta manera contribuimos en disminuir las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Cusco.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

CUÉLLAR, Luis P, (2004), “Eficacia de un Programa Educativo para el Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias, Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú”, cuyo objetivo fue: Evaluar la eficacia de una intervención educativa para la prevención y el control de las infecciones intrahospitalarias (IAAS) en el personal de salud del Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú, cuyo estudio cuasi experimental y la conclusión fue la aplicación de un programa educativo ha logrado incrementar tanto los conocimientos y actitudes positivas, como los índices de cumplimiento de medidas generales de prevención y el control de de las infecciones intrahospitalarias en los trabajadores de salud del INEN. (5)

VELASCO, Rodríguez y Cols, (2001), “Efecto de un programa educativo en la incidencia de las infecciones intrahospitalarias” Hospital de Especialidades N° 71 del Centro Médico Nacional Torreón del Instituto Mexicano del Seguro Social – México, cuyo objetivo fue determinar el efecto de la educación continua sobre la incidencia y trascendencia de infecciones intrahospitalarias y las conclusiones a la que llegó fueron: la educación continua del personal y su cambio de actitudes redujo significativamente la incidencia y trascendencia de las infecciones intrahospitalarias.(6)

ÁLVAREZ, Rodríguez O, (2002), “Infecciones nosocomiales en los servicios de medicina interna y cirugía hospital general del ISSSTE, S.L.P., de 1998-1999, San Luis Potosí”. El objetivo de este trabajo fue comparar el comportamiento epidemiológico de la Infecciones en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía,

sometidos a procedimientos invasivos en el Hospital General del ISSSTE, San Luis Potosi, de 1998-1999, a partir de la revisión de los expedientes clínicos, estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo de IN, cuyas conclusiones fueron: el índice de infecciones nosocomiales en el hospital general de ISSSTE es muy superior a lo que establece la secretaria de salud es como máximo de un 5.(7)

ARÉVALO, Ramírez / Cols, (2001), “Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en Establecimientos de Salud de la Región San Martín San Martín 2001”, cuyo objetivo fue aplicar un programa de control de infecciones intrahospitalarias (IIH) para modificar conocimientos actitudes y practicas del personal de salud y su efecto sobre la prevalencia de IIH en establecimientos de salud de San Martín, Perú, julio 2000 – enero 2001, en sus resultados obtuvo que solo 22,0% de los médicos, 77,0% del personal de obstetricia, 48,0% de las enfermeras y técnicas que trabajan en los servicios de hospitalización de medicina, y 34,0% de las que trabajan en el servicio de cirugía, cumplían con el adecuado lavado de manos; luego de la intervención este porcentaje se incrementó a 90,2% en la población total y alcanzo 100,0% de cumplimiento en el personal que trabajaba en los servicios de cirugía y obstetricia. Respecto al secado de manos con las toallas limpias, en la observación inicial se evidencio que el 65% de los médicos no se secaban adecuadamente la mano (24% en cirugía y 50 % en emergencia). Luego de la evidencia esta práctica mejoro, observándose que solo 8,7% continuaron con estos malos hábitos. Sobre la utilización de ropa adecuada, se encontró que solo un 69,2% del personal de enfermería utilizaba ropa adecuada al inicio del estudio, el grupo de personal de limpieza y técnicos de enfermería presentaron mayor déficit (65,7%). Al finalizar la intervención el porcentaje de enfermeras que no cumplían con la utilización de la indumentaria adecuada disminuyo a un 19,2%. Sobre el manejo adecuado de objetos punzo cortantes, 50,0% de las enfermeras

de emergencia se exponían al utilizarlos puesto que no realizaban un adecuado manejo de estos además de no contar con recipientes adecuados para su desecho; al finalizar el estudio, este valor promedio disminuyó a un 10,0%; porcentaje menores de uso inadecuado se observó en cirugía y hospitalización (15 y 10%, respectivamente en el basal y menos del 5% al final). La conclusión fue la aplicación de un programa para el control de IIH logro modificar las practicas del personal de salud en establecimientos de salud de la región San Martín, Perú, respecto al control de infecciones intrahospitalarias. (8)

CRUZ, Llerena y cols, (2002), “Lavado de manos clínico en el personal de salud antes y después de un programa de intervención Hospital III - Juliaca ESSALUD”, Los objetivos de la investigación fueron: Medir la prevalencia del lavado de manos en el personal del Hospital III Juliaca del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y evaluar la técnica del lavado de manos en el personal de salud, los resultados fueron los siguientes la prevalencia del lavado de manos clínico en el personal de salud del Hospital III Juliaca fue de 37.45%, el lavado de manos clínico realizado por el personal de salud aplicando la técnica correcta representó el 1.60% y con técnica incorrecta el 98.4%. en su etapa basal, el programa de intervención educativa logro incrementar 85% en cuanto a la técnica del lavado de manos, la disponibilidad de insumos en general representó el 90%, el 10% restante estuvo asociado a la presencia del insumo inadecuado en el área de trabajo, en la aplicación del procedimiento del lavado de manos clínico, por encima del 97% el personal de nuestro hospital usó jabón antiséptico, se fricciona las manos vigorosamente y respetó el tiempo suficiente de 15 a 30 segundos, El secado de manos se efectuó correctamente en la pre-intervención con un 75,7% de prevalencia basal, luego del programa de intervención se incrementó a un 88,5% de profesionales que efectúan un secado de manos adecuado con el material apropiado. (9)

2.2 Marco conceptual

ENFERMERÍA.

En 1966 la Organización Mundial de Salud (OMS) definió a la enfermera como la persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería, que exigen el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y la prestación de asistencia a los enfermos.

En marzo 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en respeto a la vida y a la dignidad humana. (10)

La enfermería lleva a cabo funciones preferenciales basados en conocimientos, habilidades y valores para identificar objetivos en cada situación y ayudar a los individuos a alcanzarlos. (10)

Sin duda teniendo en cuenta sus funciones o roles, participa en cada una de las actividades concernientes a la prevención y control de las IAAS, ninguna enfermera olvida los riesgos que tiene la intervención de su profesión.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería y permite plantear, en el caso de tratamiento quirúrgico, objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La valoración de enfermería con el enfoque de las necesidades aplicadas a pacientes sometidos a este tipo de tratamiento permite determinar la prioridad de atención en cuanto a la necesidad afectada y a definir las fuentes de dificultad en la dependencia del paciente, para promover las intervenciones. Este tipo de valoración ubica a la atención de enfermería en el marco del proceso de atención de enfermería de forma sistemática y rápida y permite establecer un vínculo entre la atención de enfermería y la calidad de los cuidados otorgados.

(11)

FUNCIONES DE ENFERMERÍA

FUNCIÓN ADMINISTRATIVA

La administración comienza siempre que una actividad se haga con más de una persona, por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados. Es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos hacia el logro de objetivos comunes.

El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía

y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

Son muchas las actividades administrativas que realiza enfermería desde los cargos directivos hasta la enfermera asistencial, desde las enfermeras docentes (en las Universidades) a aquellas que desempeñan su labor en centros de Salud Pública o Comunitaria

La función de la administración es planificar, organizar, formar, dirigir y controlar un grupo humano, constituyendo un medio y no un fin en sí misma para racionalizar una actividad. En ese sentido, tiene como propósito asegurar que una actividad se desarrolle en forma sistemática y ordenada, respondiendo a un plan preestablecido.

Además, dada la responsabilidad que tiene para lograr un programa de control de infecciones exitoso, el personal de enfermería necesita establecer una red de trabajo con el personal jerárquico y las bases, tratando de conseguir los mejores resultados con el menor gasto de recursos humanos, físicos y cronológicos.

FUNCIÓN ASISTENCIAL

Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y se encarga del cuidado para la recuperación de los procesos patológicos.

La asistencia en el medio hospitalario se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se resumen en:

- Atender las necesidades básicas

- Aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

Dentro del área de Cirugía General, las funciones asistenciales están definidas por, circulantes, instrumentistas, cuidados post quirúrgicos mediato e inmediato en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional “Adolfo Guevara Velasco”.

Todas las enfermeras administran medicamentos, realizan curas y dan cuidados de enfermería a cada uno de los pacientes post operados y realiza vigilancia epidemiológica para evitar Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS).

El personal de enfermedades debe realizar labores de vigilancia, la cual es la principal herramienta para conocer el comportamiento de las enfermedades en la población, en particular de las que tienen potencial y las que tienen factores de riesgos cambiantes, ambas características presentes en las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS). En este caso, las poblaciones en estudio son los pacientes hospitalizados y el personal del equipo de salud. (12)

Para que la vigilancia pueda ser efectiva, el personal de enfermería debe precisar una buena planificación basada en el claro entendimiento de su propósito, pues con ella se intenta optimizar la visualización de los pacientes que deben ser monitoreados, la variedad de datos a ser recolectados y cuáles de ellos deberán ser analizados. Todo ello depende, en cada circunstancia, de los objetivos del Programa de control de infecciones, así como del tiempo disponible y los recursos. (13).

El personal de enfermería debe tomar todas las precauciones estándar y las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión o sistemas de aislamiento por contacto; en todos los pacientes a los que se les realizan

procedimientos y se conoce el tipo de infección. Estas precauciones incluyen lavado de manos, uso de guantes, bata, cubre bocas, lentes, manejo de material punzocortante y manejo de ropa sucia. (14)

FUNCIÓN DOCENTE

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud.

Actividades necesarias para cumplir la función docente.

- Educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad.
- Educación del equipo sanitario, capacitado como todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia.
- Formación continuada, favoreciendo un alto nivel de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, conferencias, etc...
- Educación permanente, es la obligación que tienen todos los profesionales para seguir auto educándose siguiendo el avance de la ciencia.

FUNCIÓN INVESTIGADORA

En enfermería se realiza función investigadora mediante todas aquellas actividades que van a fomentar el que la enfermería avance mediante investigaciones, estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar (en colaboración con los otros equipos de salud).

- a. Permite aprender nuevos aspectos de la profesión.
- b. Permite mejorar la práctica.

INFECCIONES NOSOCOMIALES

Las infecciones nosocomiales (del latín nosocomium, «hospital») son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación, ni en el momento del ingreso del paciente.

Estas infecciones son frecuentes en los servicios de salud de todo el mundo debido a que el mismo ambiente hospitalario propicia a que todo tipo de microorganismos encuentren un medio favorable para su desarrollo y se introduzcan en los pacientes, visitantes y personal de la salud. (15)

Las infecciones de vías urinarias, heridas operatorias y vías respiratorias inferiores son las que más aparecen y los factores que la producen son tanto extrínsecos como intrínsecos: el agente microbiano, vulnerabilidad de los pacientes, el ambiente, la resistencia bacteriana.

Las infecciones nosocomiales hoy llamada Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias. (16)

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) corresponde a las anteriormente conocidas como Infecciones Intrahospitalarias (IIH). El cambio de nomenclatura se justifica pues estas infecciones pueden

observarse también asociadas a procedimientos realizados en la atención ambulatoria ejemplo cirugía ambulatoria o modalidades de atención de corta estancia y que comparten los mismos mecanismos de infección.

El Ministerio de Salud define las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (**IAAS**) como aquella conducción local o sistemática, resultando de una reacción a la presencia de un agente infeccioso a sus toxinas que ocurre en un paciente, en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. (17)

Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Esta definición reemplazará a otras utilizadas en el país tales como Infección Nosocomial, Infección Intrahospitalaria o Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS). Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud pueden ser causadas por agentes infecciosos a partir de fuentes endógenas o exógenas:

- Las fuentes endógenas son sitios del cuerpo, tales como la piel, nariz, boca, tracto gastrointestinal, o vagina que normalmente están habitadas por microorganismos.
- Las fuentes exógenas son aquellos externos al paciente, tales como el personal de salud, visitantes, equipos, dispositivos médicos, o el entorno sanitario.

LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.

El presente Documento Técnico, establece los lineamientos a través de los cuales los establecimientos de salud del país gestionarán y asignarán

recursos financieros, humanos y los mecanismos que le permitan cumplir con las acciones dirigidas a la vigilancia, prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, en el marco de la Seguridad del Paciente. (18)

LINEAMIENTO 1: Sistema Nacional de Vigilancia, prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, implementado y articulado en todo el país

Objetivo: Fortalecer y articular las acciones de vigilancia, prevención y control de IAAS a nivel nacional, regional y local.

Estrategias:

- a) Actualización e implementación de Documentos Normativos de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS a nivel nacional, regional y local.
- b) Organización de las Unidades de epidemiología hospitalaria con recursos humanos de acuerdo con normas para la vigilancia epidemiológica y control de las IAAS.
- c) Implementación y monitoreo de la operatividad de los Comités de Prevención y Control de IAAS, operativos a nivel nacional, regional y local.
- d) Desarrollo de competencias del personal de salud en relación con la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS.
- e) Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la normatividad y planes de trabajo en vigilancia, prevención y control de las IAAS.
- f) Promover que los establecimientos de salud dispongan de infraestructura e equipamiento necesario para la vigilancia, prevención y control de las IAAS.

- g) Supervisión del abastecimiento adecuado y oportuno de materiales, insumos, material médico, y otros, necesarios para la atención de salud con calidad.

LINEAMIENTO 2: Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia

Objetivo: Fortalecer la gestión clínica basada en evidencia en la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

Estrategias:

- a) Socialización e implementación del uso de “Care Bundle” o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.
- b) Fortalecimiento de la estrategia “Cirugía limpia es una cirugía segura”.
- c) Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en los establecimientos de salud “Una atención limpia es una atención segura”.
- d) Fortalecimiento de las prácticas de asepsia en todos los procedimientos médicos y quirúrgicos durante la prestación de salud.
- e) Fortalecimiento de la notificación e intervención frente a accidentes o infecciones por exposición laboral.
- f) Prevención y control de Accidentes punzocortantes.
- g) Prevención y control de infecciones en trabajadores de salud por exposición laboral.
- h) Priorización y aseguramiento del abastecimiento adecuado y oportuno de materiales, insumos, material médico, y otros, necesarios para la atención de salud con calidad.

LINEAMIENTO 3: Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud; e investigación y control de brotes Hospitalarios

Objetivo: Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las IAAS y el control de brotes hospitalarios para la toma de decisiones.

Estrategias:

- a) Desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAS en los establecimientos de salud.
- b) Disponibilidad oportuna de información sobre la incidencia y prevalencia de las IAAS para la toma de decisiones.
- c) Investigación e intervención oportuna frente a brotes de IAAS.

LINEAMIENTO 4: Disponibilidad de Laboratorios con capacidad resolutive para la vigilancia microbiológica, apoyo al diagnóstico e investigación de brotes hospitalarios.

Objetivo: Fortalecer la capacidad del laboratorio como apoyo al diagnóstico para la prevención y control de las IAAS.

Estrategias:

- a) Desarrollo de competencias en el personal de laboratorio para el diagnóstico y desarrollo de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana.
- b) Disponibilidad de equipamiento, insumos y recursos necesarios para el apoyo diagnóstico en los Laboratorios de microbiología.
- c) Realización efectiva y oportuna de la vigilancia de la resistencia antimicrobiana.

- d) Disponibilidad de los resultados microbiológicos oportunos y de calidad.

LINEAMIENTO 5: Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.

Objetivo: Promover el uso adecuado y seguro de los antimicrobianos, antisépticos, desinfectantes y productos de administración parenteral.

Estrategias:

- a) Uso racional de antimicrobianos, antisépticos.
- b) Manejo seguro de mezclas parenterales.
- c) Adecuado almacenamiento y dispensación de antimicrobianos, antisépticos y desinfectantes.
- d) Implementación y monitoreo de buenas prácticas de prescripción, dispensación y administración de medicamentos.
- e) Adecuada adquisición y uso de desinfectantes de superficies inertes e instrumental médico.
- f) Abastecimiento adecuado y oportuno de materiales, insumos, material médico, y otros, necesarios para la atención de salud con calidad.

LINEAMIENTO 6: Gestión del riesgo relacionado con el manejo de residuos sólidos, agua y alimentos, vectores y roedores.

Objetivo: Reducir los riesgos derivados del inadecuado manejo de los residuos sólidos, agua, alimentos, vectores y roedores.

Estrategias:

- a) Manejo adecuado de residuos comunes y peligrosos.
- b) Monitoreo del uso del agua y alimentos seguros.

- c) Implementación y monitoreo de “Establecimientos de salud libres de vectores y roedores”.
- d) Disponibilidad suficiente y oportuna de materiales e insumos necesarios para el manejo de los residuos sólidos, agua, alimentos, vectores y roedores.

ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

En el nivel nacional

El Ministerio de Salud a través de la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, es responsable de supervisar el cumplimiento y la implementación de los Lineamientos contenidos en el presente Documento Técnico y debe consolidar semestralmente la información nacional en relación con el porcentaje de implementación del presente Documento Técnico. Así mismo, el Ministerio de Salud hará las acciones necesarias para asegurar la disponibilidad presupuestal requerida para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. (18)

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, es responsable de supervisar el cumplimiento y la implementación de los Lineamientos contenidos en el presente Documento Técnico; además debe consolidar semestralmente la información en relación con el porcentaje de implementación del presente Documento Técnico, en su ámbito.

En el nivel regional

Las DIRESAS/GERESAS/DISAS o las que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de la implementación y supervisión del cumplimiento del presente Documento Técnico en los establecimientos de salud de su jurisdicción. Así mismo deben conformar el Comité Regional

de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, mediante acto resolutivo.

El nivel Regional debe garantizar que sus establecimientos de salud cuenten con profesional calificado, así como de asegurar la disponibilidad presupuestal destinado al cumplimiento de las actividades de prevención, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud de manera permanente.

El IGSS, y las DIRESAS/GERESAS o las que haga sus veces en el ámbito regional, deben vigilar que sus establecimientos de salud cuenten con el Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud operativo, así como la disponibilidad de los recursos necesarios para el abastecimiento adecuado de materiales e insumos, que asegure las atenciones de salud con calidad.

Deben consolidar semestralmente la información regional en relación con el porcentaje de implementación del presente Plan.

En el nivel local

Los Establecimientos de Salud son responsables de la implementación y del cumplimiento del Documento Técnico según normatividad vigente. Los establecimientos de salud del ámbito del presente Documento Técnico deben contar con profesional calificado, destinado al cumplimiento de actividades de prevención, vigilancia y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud de manera permanente, así como las condiciones logísticas necesarias para brindar atenciones de salud con calidad.

Deben conformar el Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, mediante acto resolutivo.

Además deben consolidar semestralmente la información local en relación al porcentaje de implementación del presente Documento Técnico.

La actualización del conocimiento sobre Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (**IAAS**) impartida por el Personal de Enfermería puede ser realizada por varios métodos como reuniones técnicas y definición de documentos, pero las que han mostrado mejor resultado en la evaluación del impacto deseado son las técnicas participativas, como debates grupales y demostración de procedimientos. (18)

La mayoría de directrices oficiales, que regulan el funcionamiento de normas en la prevención y control de infecciones intrahospitalarias; son impulsadas por el Ministerio de Salud a través del comité de Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS). Estas normas son publicadas como regulaciones oficiales y pueden ser de carácter obligatorio dependiendo de los recursos y personal con que cuente un hospital.

Las medidas para la prevención y control de Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en el personal de salud son: Lavado de manos con el agente antiséptico indicado, secado de manos, uso de guantes, uso de mandilón y gorro, uso de mascarilla, delimitación de área limpia y sucia durante el procedimiento, uso de recipiente apropiado para material punzo cortante y desecho de material contaminado.

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) son indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería.

La vigilancia epidemiológica en ESSALUD de Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (**IAAS**), utiliza la observación sistemática, activa, selectiva, focalizada y permanente para conocer el procedimiento y

distribución de Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (**IAAS**) en los pacientes internados en CIRUGIA GENERAL y aplica estrategias de prevención y control más efectivos, con la intención de reducir costos; y lo más importante; disminuir morbilidad por causa de Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (**IAAS**), en especial en los pacientes post operados de CIRUGIA GENERAL.

SUBSISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS INFECCIOSAS SEGURO SOCIAL DE SALUD

El subsistema de vigilancia de las complicaciones intrahospitalarias infecciosas es el conjunto de elementos organizados que permite la observación sistemática y permanente de la ocurrencia y distribución de las infecciones intrahospitalarias que se presentan en los centros asistenciales para la toma de acciones oportunas y eficaces.

OBJETIVOS

Conocer el comportamiento de las infecciones intrahospitalarias y de sus factores de riesgo.

Proporcionar información oportuna a los diferentes niveles de la gestión.
Evaluar los efectos de las medidas de intervención.

TIPO DE VIGILANCIA

ACTIVA: la búsqueda de casos es realizada por personal profesional capacitado en la metodología de la vigilancia. Este personal utiliza criterios homogéneos, con lo que la validez y fiabilidad es mucho mayor y se detectan un 85-100% de las infecciones nosocomiales. La interacción con el personal de planta es mayor, y con ello, las posibilidades de informarles de las medidas de control de la infección y del riesgo al que se

ven sometidos los pacientes con los diversos procedimientos. La posibilidad de detectar y controlar los brotes es mayor que en la vigilancia pasiva, pero también los costos, al precisar recursos humanos específicos.

SELECTIVA: la vigilancia está dirigida a dispositivos (catéter urinario permanente, catéter venoso central, ventilador mecánico) o procedimientos (operaciones quirúrgicas, parto vaginal) que representan factores de riesgo extrínsecos para el desarrollo de las principales infecciones intrahospitalarias.

FOCALIZADA: se vigilan los servicios donde hay una mayor magnitud de exposición a los factores de riesgo seleccionados. Sin embargo, la vigilancia podrá ser selectiva y no focalizada en los centros asistenciales que cuenten con los recursos humanos suficientes.

FACTORES Y EVENTOS A VIGILAR

Factor de riesgo Es un atributo o característica que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una infección intrahospitalaria.

Este atributo no necesariamente constituye un factor causal. Los factores de riesgo vigilados se dividen en dos clases:

- **DISPOSITIVOS:** Catéter venoso central (CVC), ventilador mecánico (VM), catéter urinario permanente (CUP)
- **PROCEDIMIENTOS:** Operaciones quirúrgicas (hernioplastía, colecistectomía, histerectomía, cesárea y by pass aortocoronario) y partos vaginales. Los factores de riesgo de IIH seleccionados se detallan en los anexos N° 01 y 02.

Infección Intrahospitalaria o nosocomial Para el sistema de vigilancia institucional se define Infección nosocomial o intrahospitalaria a una condición localizada o sistémica producto de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, y que no estaba presente o incubándose en el momento de la admisión. Las infecciones intrahospitalarias consideradas en nuestra vigilancia se definen en el anexo N° 03.

ETAPAS DE LA VIGILANCIA

Recolección de Datos

- a) Personal Profesionales de la salud con formación en Salud Pública o Epidemiología con experiencia en vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias.
- b) Población objetivo Pacientes hospitalizados expuestos a factores de riesgo seleccionados en servicios focalizados. (Ver anexo N° 1). La vigilancia de estos factores de riesgo y servicios son de carácter obligatorio, sin embargo, cada establecimiento podrá ampliar la vigilancia a otros factores de riesgo y a otros servicios, según su prioridad y disponibilidad de recursos.
- c) Frecuencia La vigilancia será diaria d. Metodología • El profesional de vigilancia se trasladará diariamente al servicio asignado para identificar a los pacientes expuestos a factores de riesgo seleccionados, registrando los datos en los formatos de vigilancia de factores de riesgo respectivos. Se llenará la ficha para notificación de infección intrahospitalaria por cada episodio del evento.
 - Para el caso de las infecciones de sitio quirúrgico, la vigilancia se hará hasta los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica.
 - En el caso de los pacientes que son dados de alta antes de cumplir los 30 días posteriores a la intervención, una metodología sugerida

para la búsqueda de casos de infección de sitio quirúrgico es mediante:

- ✓ Revisión de las anotaciones de los controles ambulatorios en la historia clínica.
 - ✓ Revisión de partes de atención diaria en tópicos de curaciones ambulatorias.
 - ✓ Revisión de los libros de atención en tópicos de cirugía de emergencia.
- El llenado de datos en la ficha y formatos debe hacerse de manera completa y con letra legible.
 - Concluido el mes de vigilancia, se elaborará el consolidado de las IIH por cada factor de riesgo vigilado en los servicios correspondientes y se generarán los reportes que se muestran en los anexos. e.

Técnicas e Instrumentos

Técnicas:

- Revisión documentaria
- Observación directa.
- Entrevista (paciente, personal asistencial). Instrumentos:
- Formato de Vigilancia diaria del Factor de riesgo (Anexo N° 04, 05 y 06). • Ficha para notificación de Infección Intrahospitalaria. (Anexo N° 07) f. Fuentes
- Historia Clínica.
- El cuaderno de anotaciones de enfermería del servicio de hospitalización.
- Kardex.
- Libro de ingresos y egresos del servicio.
- Reportes de microbiología
- Otros reportes del Servicio

Procesamiento, Organización y Consolidación de Datos

a) Ingreso de datos: Los datos registrados se ingresarán a una base de datos en WinEpi 3, actividad que estará a cargo del personal administrativo (digitador, secretaria, etc.). Se hará en hojas de cálculo de EXCEL si el módulo de WINEPI no está disponible.

b) Consistencia de datos Se entiende por consistencia de datos la acción de revisar y analizar los datos de las fichas de notificación de infecciones y de los factores de riesgo, para verificar la validez individual de la variable investigada, la coherencia de las relaciones entre las variables y la integridad global de las mismas.

Este proceso de control de calidad debe estar a cargo del profesional de salud capacitado.

Para lograrlo es preciso tener en cuenta:

- Verificar que todos los registros hayan sido ingresados en la base.
- Verificar que en todas las variables estén registrados los datos, de lo contrario completar dichos registros.
- Identificar la existencia de registros duplicados considerando las siguientes variables: nombre, complicación infecciosa, fecha de inicio de la complicación, factor de riesgo y servicio. Si se comprueba la duplicidad, eliminar uno de ellos.
- Verificar la congruencia de las variables de cada registro, por ej. En un servicio de Neonatología no deben figurar edades mayores de 28 días, ISQ de Histerectomía en pacientes de sexo masculino.
- Si existieran datos inconsistentes, se procederá a revisar la ficha de caso y otras fuentes para hacer la validación respectiva.

c) Indicadores de las Infecciones Intrahospitalarias

Incidencia Acumulada (IA), proporciona una estimación de la probabilidad o del riesgo que un individuo libre de una determinada

enfermedad la desarrolle durante un período especificado de tiempo.

Como cualquier proporción suele expresarse en términos de porcentaje. Además al no ser una tasa, es imprescindible que se acompañe del período de observación para poder ser interpretada. Este indicador es aplicable para infecciones intrahospitalarias asociadas a PROCEDIMIENTOS por ejemplo, para intervenciones quirúrgicas y partos vaginales.

$$\text{Cálculo: IA} = \frac{\text{Número de pacientes infectados}}{\text{Número de pacientes expuestos}} \times 100$$

Densidad de incidencia o Tasa de incidencia (TI): Expresa el número de sujetos que pasan de estar sanos a estar enfermos por unidad de tiempo en relación con el tamaño de la población en riesgo, es decir mide la fuerza de morbilidad o velocidad de enfermar de una población. La densidad de incidencia no es una proporción sino una tasa, ya que el denominador incorpora la dimensión tiempo.

Su valor no puede ser inferior a cero, pero no tiene límite superior. Este indicador es aplicable para infecciones intrahospitalarias asociadas a DISPOSITIVOS (CUP, VM y CVC). Durante un periodo de tiempo un paciente puede presentar varios episodios del mismo tipo de infección intrahospitalaria, los cuales deben ser contabilizados e incluidos en el numerador.

$$\text{Cálculo TI} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de casos de Infección Intrahospitalaria}}{\text{Sumatoria de los días de exposición libres de Infección}} \times 1000$$

Razón de utilización de dispositivo (RUD), Es un indicador que mide cuanto del número de pacientes-día de un servicio determinado equivale al número de dispositivos-día. Expresa el grado de utilización de un dispositivo de riesgo para Infecciones

Intrahospitalarias. Se calcula para cada dispositivo por cada servicio vigilado.

$$\text{RUD} = \frac{\text{Número de dispositivos} - \text{día}}{\text{Número de pacientes} - \text{día}}$$

Se recomienda que la densidad de la incidencia de IIH y la razón de utilización de dispositivo se examinen en conjunto a fin de dirigir apropiadamente las medidas preventivas. Para ello es necesario construir percentiles de cada uno de estos indicadores con la información de los hospitales. Por ejemplo, supongamos que la tasa de neumonía asociada a ventilador para una determinada UCI está consistentemente por encima del percentil 90 y la razón de utilización del ventilador está rutinariamente entre los percentiles 75 y 90. Puesto que el ventilador mecánico representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de neumonía, sería recomendable dirigir los esfuerzos hacia reducir el uso de ventiladores o limitar la duración de su uso para disminuir la tasa de neumonía asociada a ventilador mecánico en esta unidad.

A continuación, se presentan los elementos de los indicadores de infección intrahospitalaria:

- Catéter urinario permanente.
- Ventilador mecánico.
- Catéter venoso central y periférico.
- Parto vaginal y cesarías.
- Colecistectomía.
- Histerectomía.

ELEMENTOS DE LOS INDICADORES DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

FACTOR DE RIESGO	INFECCION INTRAHOSPITALARIA	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR
Catéter Urinario Permanente (CUP)	Infección de Tracto Urinario –ITU	TASA DE INCIDENCIA (DENSIDAD DE INCIDENCIA) (TI)	Número de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario permanente en el Servicio determinado	Número de días catéter urinario en el Servicio determinado	1000
Ventilador Mecánico (VM)	Neumonía asociado a Ventilador Mecánico – NEUM		Número de neumonías en pacientes en ventilación mecánica en el servicio determinado	Número de días de Ventilación mecánica en el servicio determinado	1000
Catéter Venoso Central y umbilical (CVC-CU)	Infección de torrente sanguíneo – ITS		Número de infecciones del Torrente sanguíneo en pacientes con catéter venoso central en el servicio determinado	Número de días catéter Venoso central en el servicio determinado	1000
Hernioplastia, Colectomía, Histerectomía, Cesárea, Cirugía de revascularización de miocardio (By pass Aortocoronario)	Infección de Sitio Quirúrgico – ISQ	INCIDENCIA ACUMULADA (IA)	Número de infecciones de Sitio quirúrgico en intervenciones determinadas	Número de intervenciones quirúrgicas determinadas.	100
Parto Vaginal	Endometritis		Número de endometritis en pacientes con parto vaginal	Número de partos vaginales	100
Cesárea			Número de endometritis en pacientes con parto por cesárea	Número de cesáreas	100

2.3 Definición de términos

- **IAAS:** Infecciones asociadas a la Atención de Salud

- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

- **VIGILANCIA:** un proceso complejo que proporciona la información necesaria para aplicarla en distintas situaciones que se presentan en la red de establecimientos del primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de atención de salud, permitiendo al profesional de enfermería coordinar las acciones a realizar para la identificación, monitoreo y evaluación de la situación de salud de la población.

- **EPIDEMIOLOGÍA:** Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.

- **INFECCIONES:** Invasión de gérmenes o microorganismos patógenos (bacterias, hongos, virus, etc.) que se reproducen y multiplican en el cuerpo causando una enfermedad.

- **PREVENCIÓN:** Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

- **PREVALENCIA:** La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.

- **INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS:** Estas infecciones prolongan la hospitalización, aumentan los costos, originan conflictos en la relación médico-paciente y en ocasiones provocan directamente la muerte del paciente. Aproximadamente un 10-15% de los pacientes egresados ha presentado alguna IIH durante la hospitalización.

- **PACIENTE- DÍA,** Es una unidad de medida de hospitalización, establece los días en que las camas de un servicio determinado se encuentran ocupadas por los pacientes hospitalizados, una cama genera un paciente-día. Si bien un paciente-día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una cama se encuentra ocupada, en la práctica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente- día, siempre que ocupe una cama y se prepare una historia clínica; mientras que para pacientes hospitalizados por más de un día y otro período menor de 24 horas, no debe registrarse este último como unidad paciente-día adicional.

- **DISPOSITIVO-DÍA**, Es la unidad de medida del tiempo de exposición de un paciente a un dispositivo, tal como CUP, ventilador mecánico y CVC-CU.
- **CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)**, Es un catéter intravascular que termina en el corazón o cerca de este, o en uno de los grandes vasos, que se utiliza para la infusión (tales como fluidos nutricionales o medicamentos), retiro de sangre, o monitoreo hemodinámico. Los siguientes son considerados grandes vasos para vigilancia de infecciones intrahospitalarias: Aorta, arteria pulmonar, vena cava superior, vena cava inferior, venas braquiocéfalias, venas yugulares internas, venas subclavias, venas ilíacas externas, y venas femorales comunes. En recién nacidos, la arteria/vena umbilical es considerado un gran vaso.
Los marcapasos y otros dispositivos cerrados insertados en los vasos sanguíneos o el corazón no son considerados catéteres, porque los líquidos no se infunden, ni se retira a través de tales dispositivos.
- **CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP)**, Es una sonda de drenaje urinario (también llamada sonda Foley) que se inserta dentro de la vejiga a través de la uretra y es conectado a un sistema de colección de circuito cerrado, no incluye catéteres de evacuación rápida. Ej: Nelaton.
- **VENTILADOR MECANICO (VM)**, Es un dispositivo para asistir o controlar la respiración continuamente, inclusive en el periodo de destete, a través de una traqueotomía o a través de una intubación endotraqueal.

Dispositivos para expansión de pulmones tal como el respirador de presión positiva intermitente(IPPB), presión nasal espiratoria final positiva(PEEP) y presión aérea positiva nasal continua (CPAP, hipoCPAP), no son considerados ventiladores a menos que sean dejados vía traqueotomía o intubación endotraqueal (ejemplo ET-CPAP).

- **COLECISTECTOMIA**, Es una intervención quirúrgica que se realiza bajo anestesia, para retirar la vesícula biliar lesionada por cálculos o infecciones secundarias a éstos.
-
- **HERNIOPLASTIA**, Es el procedimiento quirúrgico destinado a la reparación de las hernias. Hay dos pasos fundamentales: el tratamiento del saco y su contenido, y la reparación del orificio aponeurótico.
- **HISTERECTOMIA**, Es la extirpación quirúrgica del útero y es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina.
- **CIRUGIA DE REVASCULARIZACION DE MIOCARDIO (BY PASS AORTOCORONARIO)**, Cirugía a corazón abierto en la cual se abre el tórax y se injerta un segmento de vaso sanguíneo estableciendo un puente entre la aorta y la arteria coronaria para mejorar la perfusión sanguínea del corazón.
- **CESAREA**, Es una intervención quirúrgica que se realiza a través del abdomen de la gestante para extraer al feto del útero materno.

- **PARTO VAGINAL**, Es la culminación del embarazo, donde se produce la salida de un niño del útero materno vía el canal vaginal.

- **PUNTUACIÓN ASA**, Es la clasificación que brinda la Sociedad Americana de Anestesiólogos.

- **TIEMPO OPERATORIO**, Es el tiempo que transcurre desde que se inicia la incisión hasta el cierre de la herida operatoria.

- **INDICE DE RIESGO** (Índice NNIS para ISQ), Describe el grado de complejidad del riesgo que implica una intervención quirúrgica, en su cálculo intervienen tres elementos: La clasificación ASA, el tipo de Herida y el tiempo de duración de la cirugía, y se define como la suma de los valores predeterminados que se da a cada uno de ellos. Asume cuatro valores enteros que van del 0 al 3 puntos (de menor a mayor riesgo).

- **HERIDA LIMPIA (L)**, Son las incisiones quirúrgicas no infectadas en las cuales no hay infección y no hay penetración de vías respiratorias, gastrointestinales, genitourinarias o de la cavidad bucofaríngea. Los métodos operatorios son planeados y las incisiones fundamentalmente se cierran y si es necesario se drenan por técnicas cerradas. No hay trasgresión de las técnicas asépticas.

- **HERIDA LIMPIA CONTAMINADA (LC)**, En este tipo de incisiones operatorias, se penetra en las vías respiratorias, gastrointestinales o genitourinarias en situaciones controladas y sin contaminación significativa. En la categoría mencionada se incluyen

intervenciones en las vías biliares, apéndice, vagina o bucofaringe y cirugía de urgencia o de emergencia como un método por lo demás limpio, a condición de que no haya signos de infección y no haya transgresiones graves en la técnica aséptica. La profilaxis se limita a métodos en los cuales ha habido un grado sustancial de contaminación de la herida o incisión. El riesgo global de infección respecto al sitio operatorio es de 3 a 15%.

- **HERIDA CONTAMINADA (C)**, Las heridas de este tipo incluyen las abiertas, recientes y accidentales; las incisiones de heridas quirúrgicas en caso que haya graves transgresiones de la técnica aséptica o dispersión profusa de material salido de las vías gastrointestinales, traumatismos penetrantes que tienen menos de 4 horas de ocurrido e incisiones en los cuales se topa el operador con una inflamación aguda purulenta. La cifra calculada de infección en el sitio quirúrgico es de 15%. En los métodos para heridas contaminadas conviene la profilaxis con antimicrobianos en algunos pacientes con inflamación no purulenta aguda circunscrita a una víscera hueca inflamada o “contenida” en su interior (como apendicitis o colecistitis aguda).
- **HERIDA INFECTADA O SUCIA (I)**, Las heridas de esta categoría incluyen los traumatismos penetrantes que durado más de 4 horas, heridas en que hay tejido debilitado, retenido y otras que incluyen alguna infección clínica o perforación de vísceras huecas existentes. La definición sugiere que los microorganismos que causaron infección postoperatoria estaban presentes en el campo quirúrgico antes de operar. La cifra calculada de infección en el sitio quirúrgico es de 40%.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

ESTRUCTURA HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA:

- Servicio Especialidades Quirúrgicos 1
- Servicio Especialidades Quirúrgicos 2
- Ortopedia y Traumatología
- Servicio Cirugía General
- Servicio Anestesiología y Centro Quirúrgico

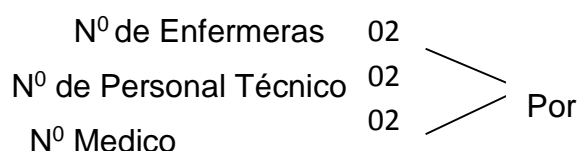
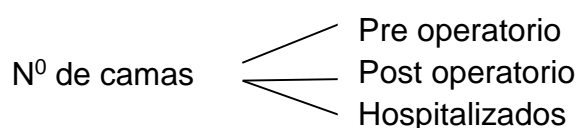
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

- Servicio Enfermería I Centro Qx y Esterilización
- Servicio Enfermería II Medicina y Especialidades
- Servicio Enfermería III Emergencia y UCI
- Servicio Enfermería IV Neonatología y Pediatría
- Servicio Enfermería V Cirugía: - General
- Especialidades

El Servicio de CIRUGIA GENERAL está organizado para atención Médica y de Enfermería en el régimen de internamiento en las especialidades de Cirugía de Abdomen por coletiasis, hernias, apendicitis y otros; interrelacionados con el Servicio de Emergencia, Consulta Externa, Centro Quirúrgico.

- Los registros de enfermería
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA: Documento técnico: “Lineamiento para la vigilancia, prevención y control de las IAAS”
- Estadística del servicio de cirugía general del Hospital Adolfo Guevara Velasco del Cusco.

- Entrevista a Enfermeros que laboran en hospital ESSALUD
- 29 camas distribuidas en sala de Pre Operatorios, Post Operatorios y Hospitalizadas.
- Ambientes de 5 camas, 3 camas y 2 ambientes para pacientes críticos de grado IV o alguna complicación.
- Servicio: CIRUGIA GENERAL



- Equipo de enfermería. Por turno Mañana. Tarde.
 1 Jefe de Servicio
 2 Enfermeras Asistenciales y Coordinación
 2 Técnicos de Enfermería

En el Turno Noche una enfermera trabaja con 21 pacientes.

Registros de pacientes en Censo Central y de Servicio.

- Pre Operatorios
- Post Operatorios
- Transferencia de otros servicios-Uci, SOP.

3.2 Experiencia Profesional

Inicio mi experiencia laboral en el SERUMS en el año 1980 en el distrito de Echarati de la provincia de la Convención, en el Centro de Salud de Echarati ubicado en la localidad de Sajiruyoc, por esos años un lugar

poco accesible, muy alejado del centro poblado; más o menos a 1km de la ciudad; para llegar caminaba a pie desde el centro poblado.

El personal del Centro de Salud tenía poca intervención extramuros, ante esta realidad inicié la planificación y organización para llevar a cabo la atención primaria en beneficio de los pobladores de la jurisdicción.

Mejoramos la atención en Control de Crecimiento y Desarrollo de niños de 0-4 años, el control de madres gestantes, la concientización de la administración de las vacunas. En ese tiempo las madres rechazaban la administración de vacunas contra la Poliomielitis, Sarampión, TBC, Varicela, y otros, ante este reto realice la sensibilización y capacitación continua para lograr la aceptación de las madres. Se realizó visitas domiciliarias, casa por casa; con previa planificación con objetivos claros iniciando desde las 6:00 a.m.; cabe mencionar que cada casa tenía una distancia más o menos de 300m. Teniendo que caminar a pie porque no existía movilidad

Atendí casos de partos normales en domicilio con el equipo mínimo dispensable que había: MI MALETÍN DE VISITA DOMICILIARIA cuyo contenido era: tijera estéril, bombilla de aspiración de secreciones de recién nacido, jeringa, algodón, gasas, alcohol, y los conocimientos de asepsia y antisepsia aprendidos en el pregrado los cuales evitaron las infecciones en puérperas. Día a día se iba mejorando la atención directa en el Centro de Salud, en las visitas domiciliarias casa por casa, en charlas educativas para las comunidades, enfrentando a la falta de interés de la mencionada población. Las estrategias para brindar las charlas a la población fueron las reuniones de interés de las comunidades como fiestas patronales, desfiles y otros. Una vez llegaron al puesto de Salud, los familiares de una Gestante múltipara con contracción frecuente y dilatación completa tuve que dirigirme a su

domicilio para llegar lo más rápido tuve que cruzar el cementerio llegué bien y la atención fue un éxito no hubo complicaciones, estas experiencias enriquecieron mi vida profesional.

Una de las experiencias que marco mi vida profesional fue el caso de un paciente con shock neurológico en donde tuve que brindar la respiración boca a boca, aplicando las medidas necesarias para evitar contaminarme. Cuando se presentó un evento geofísico en el cerro Urusayhua de Echarati por las lluvias, hubo desembalse se desprendió el cerro, como enfermera realice la clasificación y atención de los heridos según el grado de lesión. Hubo casas desaparecidas, accidentados de toda índole, muertos, desaparecidos, perdidas de sus enceres, vehículos desaparecidos, lo que genero estrés en la población. Se empadronó a los damnificados de acuerdo la gravedad, se clasificó para repartir los víveres, ropas, frazadas, palas, picos, machetes. La participación fue del equipo de Salud y de las autoridades que vinieron desde el Cusco. Esta labor llevó un mes donde se tuvo que caminar cerro tras cerro a pie todos los días llegando atender a 500 damnificados. Terminada la jornada del mes se envió la información a la Superintendencia de Cusco y a Defensa Civil.

La atención al centro poblado mejora con la creación como sede de atención en prevención, Rehabilitación, Recuperación.

En el período de SERUMS tomé decisiones autónomas que llegaron a ser exitosas.

Termine mi SERUMS y fui a trabajar a la Cooperativa Mateo Pumacahua, de La Convención en el distrito de Echarati, las funciones que realice fueron de relación interpersonal directa de enfermería con el trabajador de la Cooperativa, también hice visitas domiciliarias a los que estaban adoleciendo de algunas dolencias en Salud. Realice derivación

a otro profesional de acuerdo con el caso del trabajador y se refería a hospital de Quillabamba.

En esta oportunidad tuve una experiencia de Cirugía Menor tras intervenir en un accidente de corte de la muñeca en un trabajador de la Cooperativa que se cortó la mano con un vidrio, cumplí con aplicar torniquete, hemostasia para evitar el sangrado luego cesó el sangrado para después suturar el colgajo de muñeca con hilo de coser el cual se hizo la limpieza con merthiolate; a las 2 semanas el paciente se presentó en el Centro de Salud la herida fue evaluada estuvo en buen estado y sin complicaciones.

En la Organización No Gubernamental en la localidad de Amparaes de la provincia de Calca del Departamento de Cusco hice labor de Prevención, se realizaba capacitación grupal, individual, casa por casa a toda la población de las comunidades de Amparaes, en temas de autoestima y proyectos de vida para valorar a la persona, la familia, el trabajo, los productos, el ganado. Se llegó a crear un centro Comunal en Amparaes allí las comunidades podían vender sus productos.

Hacia el año 1984, por un corto periodo de tiempo hice docencia en la academia “El Porvenir” para preparación de Auxiliares en Enfermería, como jefe de práctica.

Año 1985, fui contratada por el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y me designaron constituirme en el Departamento de Apurímac para organizar y hacer realidad la inauguración del Policlínico de Abancay.

Luego de un trabajo de años se hizo posible y me designan la Jefatura de Enfermería y la Conducción de la Secretaria de la Dirección de Policlínico de Abancay, donde se reorganiza la atención en Consultorio Externo, Medicina, Pediatría, Ginecología y en Consultorio de Enfermería.

Tiempo de terrorismo en donde el blanco eran los Centro de Salud se trabajaba con temor.

Como resultado de mi labor e inauguración del Policlínico de Abancay se organizó y dejó 8 enfermeras, 4 médicos, 4 auxiliares de enfermería, 1 personal de servicio y 1 personal de seguridad.

Año 1986, soy asignada a la Provincia de Urubamba, iniciando una nueva experiencia inaugurando el Hospital I de Urubamba del IPSS. Como jefe de enfermería. Con grandes experiencias en todo nivel: administrativo, asistencial y docencia. En ese transcurso estudié post grado en Salud Publica.

Tuve sobrecarga laboral y tensión porque eran tiempos hostiles de terrorismo aun así hubo excelencia en el desempeño profesional. Asumí la atención de atentados terroristas, llegaban víctimas de accidentes de tránsito tanto de buses y tren que viajaba a Machupicchu los atendíamos en el Hospital I de Urubamba, asegurados y no asegurados.

En 1991, fui destacada al Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Servicio de Cirugía General, el primer día fue impresionante porque me enfrentaba a un hospital de nivel III. Participo en un caso de Shock Hipovolémico, mi labor fue canalizar el endovenoso con aguja de grueso calibre realice la transfusión de sangre, también me desempeñé en las siguientes servicios del hospital: Consultorios Externos, Tópico Central,

Emergencias, Centro Quirúrgico-Recuperación, Gineco Obstetricia, Hospitalización, Medicina, Pediatría.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

1996, fui designada al Servicio de Cirugía General en donde funcionaba todas las Especialidades Quirúrgicas: Cirugía de abdomen, Cirugía Cardio Vascular, Urología, Cirugía Cabeza Cuello, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología interrelacionado con emergencia, Centro Quirúrgico y Consultorios Externos.

Mi labor era como enfermera asistencial, cumplí con los cuidados a pacientes post operados de todas las especialidades con una sobrecarga laboral extrema. Se laboraba más de las 6 horas programadas con responsabilidad y procurando satisfacer las necesidades del paciente post operado de todas las especialidades. Por tales razones identifiqué la sobre carga laboral, y propuse el incremento del número de Enfermeras para cubrir la demanda de pacientes con diagnósticos médicos altamente complejos y con grados de dependencia de III y IV por lo que consideré un tema relevante en el trayecto de mi experiencia profesional.

Año 2015, cuidé del paciente post operado, con grado de dependencia I, II, III, IV , de acuerdo con la complejidad de su intervención quirúrgica; inicio reconociendo a mi paciente con sus datos básicos como el nombre, procedencia, edad, me presentó como enfermera con mi nombre luego continuo con la valoración para después hacer el diagnóstico de enfermería para realizar el plan de cuidados y ejecutarlos; durante la valoración se observa minuciosamente la zona operada, veo sangrados, drenaje, dolor, la micción espontánea y en casos de retención urinaria, coloco sonda vesical evacuatoria.

En colecistectomías convencionales importante la Hemodinamia, catéter de infusión, sonda nasogástrica en algunos casos drenaje kersh, túbulos hemáticos, acro hemático, purulento, sonda vesical, características y cantidades.

En los primeros años que trabajé en este Hospital, laborábamos una Licenciada en Enfermería y un técnico en Enfermería al cuidado de 50 pacientes.

El servicio se denominaba Cirugía en donde funcionaban todas las especialidades (Cirugía de abdomen, torácica, CCU, Traumatología, Oftalmología, Neurocirugía, Urología, CCC, ORL).

A pesar de ello considero que la atención que prestaba a los pacientes era de calidad tanto profesional como interpersonal.

Los profesionales de Enfermería en CIRUGIA GENERAL del H.N.A.G.V. Brindamos atención integral; cuidados oportunos adecuados y continuos, realizan procedimientos invasivos y no invasivos a todos los pacientes hospitalizados; cumpliendo Normas, Directivas, Protocolos, Guías y Lineamientos del MINSA. Con el fin de evitar toda posible infección; siendo impredecible el lavado de manos con una solución antiséptica antes y después de realizar un procedimiento y así evitar Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (**IAAS**), aplicando sus conocimientos, experiencia en el manejo del paciente post operado. Con quien, en forma continua, las 24 horas del día. Viendo su evolución y observando las perdidas por drenaje, sangrado, y otros.

IV.RESULTADOS

CUADRO N.º 4.1

PREVALENCIA DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS I TRIMESTRE 2015 – 2017.

Incidencia de Complicaciones Intrahospitalarias		
I TRIMESTRE 2015	I TRIMESTRE 2016	I TRIMESTRE 2017
10.01%	5.82%	5.84%

Fuente: Unidad de Epidemiología.

En el Trimestre 2017, en el HNGAV, se han registrado 4277 egresos hospitalarios y se han identificado complicaciones en 250 pacientes, que hacen una incidencia general de 5.84%, una incidencia de IIH de 3.39% y una prevalencia de complicaciones no infecciosas de 2.45%, mientras que al hacer un comparativo con el comportamiento en el mismo periodo 2015 y 2016 se observa la disminución.

CUADRO N.º 4.2

COMPARATIVO TASA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS I TRIMESTRE 2015 – 2017

Tasa de incidencia de infecciones Intrahospitalarias		
I TRIMESTRE 2015	I TRIMESTRE 2016	I TRIMESTRE 2017
3.73%	3.73%	

Fuente: Unidad de Epidemiología.

En comparación a la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias en el mismo periodo 2015, se observa una ligera disminución en 0.34% y con respecto al 2016 se observa un ligero incremento de 0.02%.

CUADRO N.º 4.3

COMPARATIVO TASA DE COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS I TRIMESTRE 2015 – 2017.

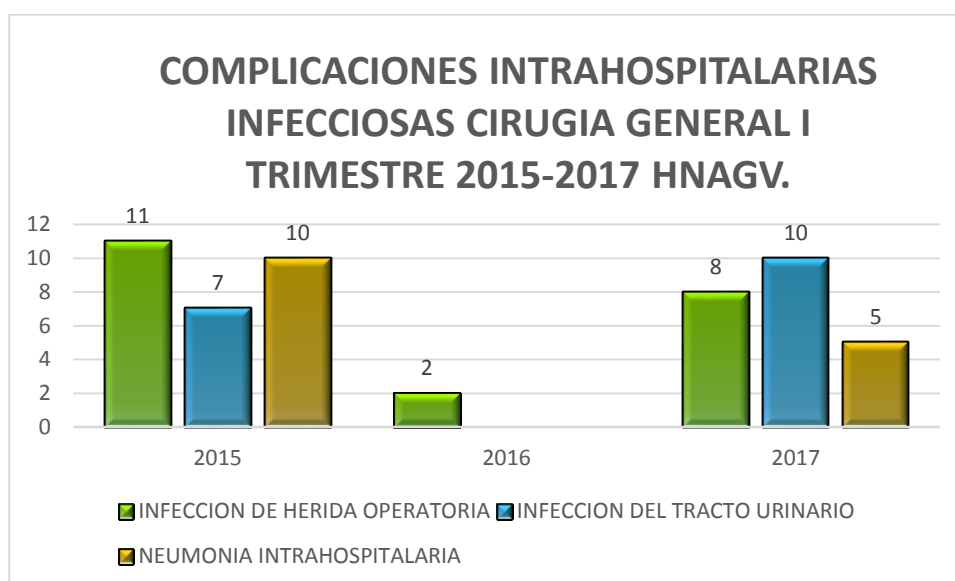
Tasa de incidencia de infecciones Intrahospitalarias		
I TRIMESTRE 2015	I TRIMESTRE 2016	I TRIMESTRE 2017
6.28%	2.45%	

Fuente: Unidad de Epidemiología

En comparación a la tasa de incidencia de complicaciones No infecciosas en el mismo periodo 2015 se observa una disminución de 3.83% y con respecto al 2016 se observa el mismo comportamiento.

CUADRO N.º 4.4

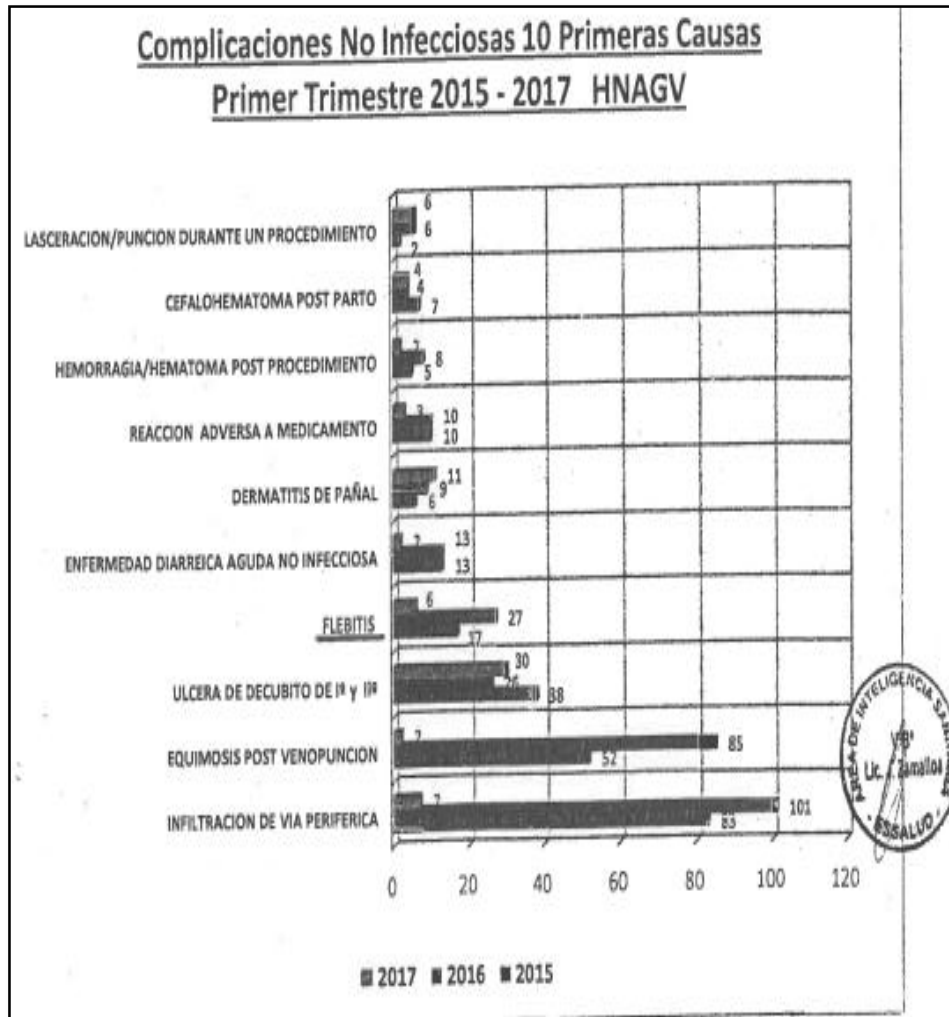
COMPLICACIONES INFECCIOSAS SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL I TRIMESTRE 2015 – 2017 HNAGV.



En el servicio de Cirugía General en el primer trimestre 2015 -2017, la patología con mayor incidencia fue la infección de herida operatoria, registrándose el mayor incremento en el año 2015 Gráfico N.º 5

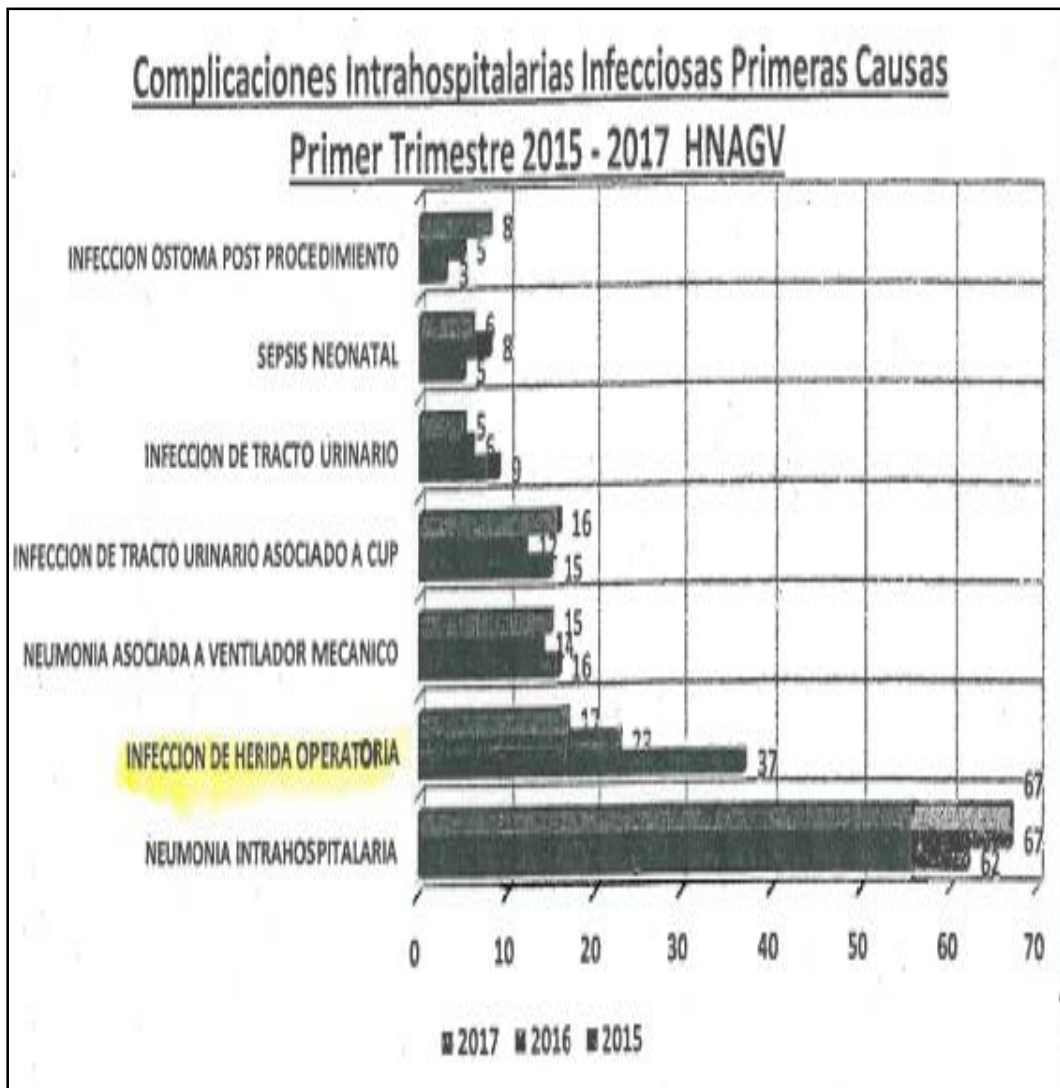
CUADRO N. ° 4.5

LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL I TRIMESTRE 2015 - 2017 HNAGV.



En el servicio de Cirugía General en el Primer trimestres 2015-2017 el 67% de las complicaciones No infecciosas de encuentran dentro de las 10 primeras causas, el primer lugar lo ocupa la infiltración de la vía periférica con el 21.48%, el segundo lugar lo ocupa la equimosis venopunción con el 15.54%, ocupando el tercer lugar la ulcers de decúbito con el 10.57%.

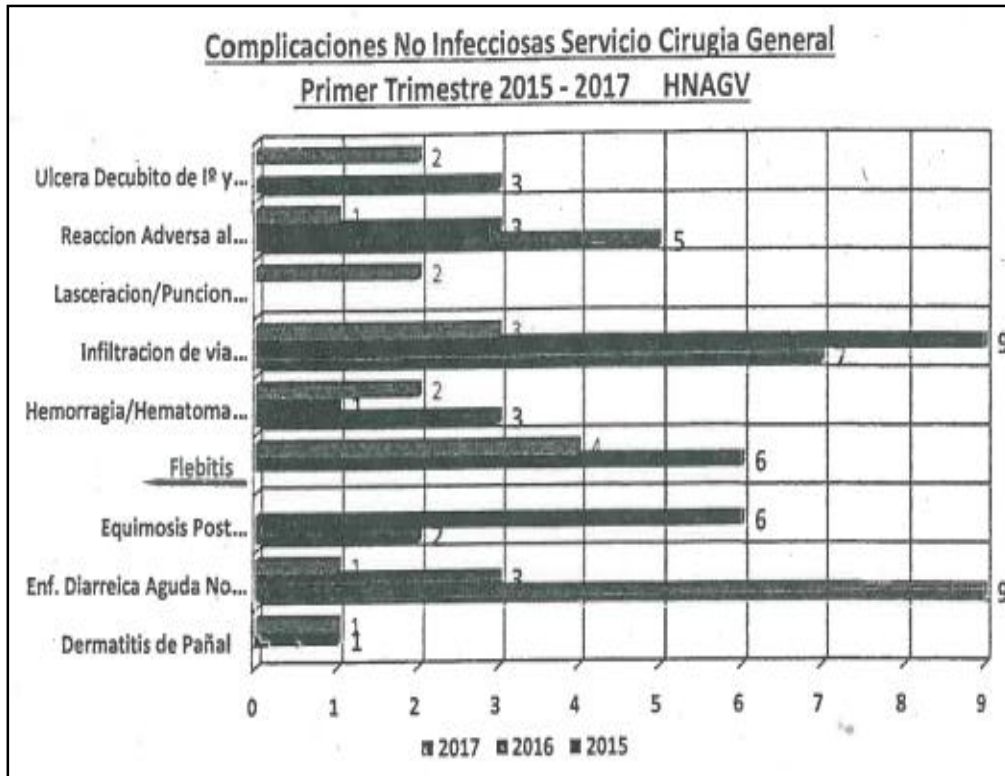
CUADRO N.º 4.6
PRIMERAS CAUSAS DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL I TRIMESTRE 2015 – 2017
HNAGV.



En el Primer trimestres 2015-2017 el 80% de las complicaciones infecciosas de encuentran dentro de las 7 primeras causas, el primer lugar lo ocupa la Neumonía intrahospitalaria con el 37.91%, el segundo lugar lo ocupa la infección de herida operatoria con el 14.91.

CUADRO N.º 4.7

**PRIMERAS CAUSAS DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL I TRIMESTRE 2015 – 2017
HNAGV.**



En el Primer trimestre 2015-2017, los servicios con la mayor incidencia de complicaciones infecciosas fueron; medicina interna, UCI adultos y Cirugía General.

En el Primer trimestre 2015-2017, los tres servicios con la mayor incidencia de complicaciones no infecciosas fueron; Cirugía General, medicina interna y UCI adultos.

En el servicio de Cirugía General en el Primer trimestre 2015-2017, la patología con mayor incidencia fue la infiltración de vía periférica, registrándose el mayor incremento en el año 2016.

V. CONCLUSIONES

- a) Los cuidados del profesional de Enfermería tienen gran importancia en la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud, el realizar un adecuado lavado de manos disminuiría significativamente la incidencia de infecciones como neumonías intrahospitalarias, infecciones de heridas operatorias, etc.

- b) Las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) constituyen un problema de salud pública y para enfermería es un indicador negativo.

- c) Las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) incrementan la morbilidad y mortalidad hospitalaria.

- d) Las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS) aumentan los costos hospitalarios y los costos del paciente

VI. RECOMENDACIONES

- a) Proponer políticas claras de monitoreo en el control de prevención de infecciones
- b) Aplicar las medidas adecuadas de bioseguridad para el personal y el paciente.
- c) Que el material e insumos sean suficientes para una adecuada prevención de Las Infecciones asociadas a la Atención de Salud (IAAS). Capacitación continúa calendarizada y actualizada al personal de Enfermería.

VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud. Una atención limpia es una atención más segura. OMS [serial on the Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 4]; 1: [about 6 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/>
2. Ramírez G, Martha C; Díaz C, Yamile; Luna V, Marta A. El profesional de enfermería en la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. Guías ACOFAEN. Biblioteca las casas [serial on the Internet]. 1998 Aug [cited 2014 Sep 9]; 1: [about 10 p.]. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0019.php>
3. Loreto S. Seguridad hospitalaria prevención epidemiológica [monograph on the Internet]. Granada; 2010 [cited 2014 Sep 4]. Disponible en <http://cies.files.wordpress.com/2010/09/infeccion-hospitalaria-loreto.pdf>
4. La Organización Mundial de la Salud (ONU). “Prevención de las infecciones nosocomiales” guía práctica. OMS.2011; 2
5. Cuéllar, Luis P, (2004), “Eficacia de un Programa Educativo para el Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias, Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú”,
6. Velasco, Rodríguez y Cols, (2001), “Efecto de un programa educativo en la incidencia de las infecciones intrahospitalarias” Hospital de Especialidades N° 71 del Centro Médico Nacional Torreón del Instituto Mexicano del Seguro Social.
7. Álvarez, Rodríguez O, (2002), “Infecciones nosocomiales en los servicios de medicina interna y cirugía hospital general del ISSSTE, S.L.P., de 1998-1999, San Luis Potosí”.

8. Arévalo, Ramírez / Cols, (2001), “Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en Establecimientos de Salud de la Región San Martín San Martín 2001”
9. Cruz, Llerena y Cols, (2002), Lavado de manos clínico en el personal de salud antes y después de un programa de intervención Hospital III - Juliaca ESSALUD.
10. Ángela S. Conviviendo la ambivalencia en las interacciones de cuidado en el periodo perioperatorio [dissertation]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
11. RobertoTC. Infecciones nosocomiales. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. 1999 Jun [cited 2014 Sep 10]; 41(1): [about 3 p.]. disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000700002>
12. [ftp.minsa.gob.pe](ftp://ftp.minsa.gob.pe) [homepage on the Internet]. Peru: intranet; 2010 [updated 2014 Aug 1; cited 2014 Sept 9]. Available from: <ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/infovigia/documentos/intrahospitalarias/sveiih.pdf>
13. Wenzel R.P. Samuel Ponce de León Rosales. Prevention and Control of Nosocomial Infection: Organizing for Infection Control with Limited resources. *Salud Publica Mex* .2009; 20(4):104-108.
14. Verónica AF, Nancy CC, Lissbeth CG, Claudia LM, Betha AS. Conocimiento del personal de enfermería sobre infecciones nosocomiales, prevención y práctica de medidas de seguridad e higiene. *Medigraphic* [serial on the Internet]. 2009 Jul [cited 2014 Sep 4]; 17(3): [about 5 p.]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim093d.pdf>

15. CDC. Definition of Healthcare-Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting. *Surveillance* [serial on the Internet]. 2014 Jun [cited 2014 Aug 10]; 3(1): [about 17 p.]. Available from: http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf
16. Brenner FP, Bugedo TG, Calleja RD, Del Valle MG, Fica CA, Gómez OM, et al. Prevención de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. *Rev Chil Infect.* 2003; 20(1):51-69
17. CDC/NHSN Surveillance Definition of Healthcare-Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting. 2013.
18. Documento Técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud Ministerio de Salud. dirección general de prestaciones de salud. dirección de calidad en salud (minsa. digepres. dicas) minsa, diciembre, 2016.
19. Regina RD, Guadalupe CL, María AV, Vilma LG, Diana HA. Eficacia de un programa de capacitación en medidas básicas de prevención de infecciones intrahospitalarias. *R P Med.* 2012; 22 (2):1-5.

ANEXOS

ANEXO N° 01



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud

Red Asistencial Cusco



CONSTANCIA

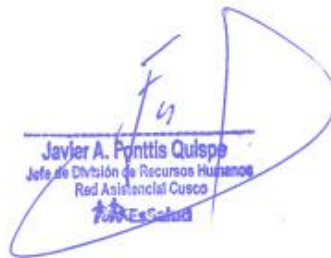
El que suscribe, **Jefe de la División de Recursos Humanos de la Red Asistencial Cusco de EsSalud**, hace constar:

Que Doña **SUSY MENDOZA VALDIVIA**, viene prestando servicios en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Red Asistencial Cusco, con cargo de **Lic. ENFERMERA**, bajo el Régimen Laboral 276 (Nombrado), a partir del 01 de Julio de 1,985 a la fecha, actualmente en el Servicio de Cirugía desde el 01- Diciembre de 1,996, según Memo. N° 017-DEP-ENF-DHNAGV-ESSALUD-2017.



Se otorga la presente, a solicitud escrita de la interesada, para los fines que viere por conveniente.

Cusco, 01 de Febrero del 2,018


Javier A. Pomtts Quispe
Jefe de División de Recursos Humanos
Red Asistencial Cusco
EsSalud

JAFQ/vqv
C.c.Archivo

www.essalud.gob.pe

Av. Anselmo Alvarez s/n
Wanchaq
Cusco, Perú
T. (084) 221004 - 237021

ANEXO Nº 02

FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS EN SERVICIOS FOCALIZADOS.

CENTROS ASISTENCIALES NIVEL III y IV		
FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS	IIH ASOCIADA AL FACTOR DE RIESGO SELECCIONADO	SERVICIOS FOCALIZADOS
Ventilador Mecánico	Neumonía	UVI, UCI y UCIN GENERAL
Catéter venoso central (*)	Infección del Torrente Sanguíneo	UVI, UCI y UCIN PEDIATRIA UVI, UCI y UCIN NEONATOLOGIA UCI ESPECIALIDADES (NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR)
Catéter Urinario Permanente	Infección del Tracto Urinario	UVI, UCI y UCIN GENERAL UVI, UCI y UCIN PEDIATRIA UCI ESPECIALIDADES (NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR)
Hernioplastía (Laparoscópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA GENERAL
Colecistectomía(Laparoscópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	
Hernioplastía (Laparoscópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA PEDIATRICA
Histerectomía abdominal y vaginal	Infección de Sitio Quirúrgico	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Cesárea	Infección de Sitio Quirúrgico	
	Endometritis	
Parto vaginal	Endometritis	
Cirugía de revascularización de miocardio (By pass aortocoronario)	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA CARDIOVASCULAR

CENTROS ASISTENCIALES NIVEL I y II		
FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS	INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA ASOCIADA AL FACTOR DE RIESGO SELECCIONADO	SERVICIOS FOCALIZADOS A VIGILAR
Ventilador Mecánico	Neumonía	UVI ADULTOS UVI PEDIATRIA UVI NEONATOLOGIA
Catéter venoso central (*)	Infección del Torrente Sanguíneo	
Catéter Urinario Permanente	Infección del Tracto Urinario	UVI ADULTOS
Catéter Urinario Permanente	Infección del Tracto Urinario	MEDICINA
Hernioplastias (Laparoscópica) y por Laparotomía	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA GENERAL
Colecistectomía (Laparoscópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	
Histerectomía Abdominal y Vaginal	Infección de Sitio Quirúrgico	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Cesárea	Infección de Sitio Quirúrgico	
	Endometritis	
Parto Vaginal	Endometritis (*)	

(*) El catéter umbilical utilizado en Neonatología se considera catéter venoso central.

NOTA: Para el caso del Servicio de Neonatología se realizará una vigilancia de todos los neonatos hospitalizados en UCI, UCIN y UVI tratando de identificar casos de infección de torrente sanguíneo, aún en aquéllos que no porten los dispositivos señalados, en estos casos se expresará el indicador como casos de infección de torrente sanguíneo por 1000 pacientes día.

ANEXO Nº 03

CRITERIOS DE DEFINICION DE CASO

1. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATETER URINARIO PERMANENTE

Se denomina infección de tracto urinario asociada a catéter urinario permanente a aquella que se presenta en un paciente que tiene colocado dicho dispositivo o que se presenta hasta siete días después de su retiro

Debe satisfacer al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1: El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

Fiebre ($>38^{\circ}$ C), urgencia, poliaquiuria, disuria o molestias suprapúbicas. Y Un urocultivo positivo que es mayor o igual a 100,000 UFC (Unidades formadoras de colonias) por ml de orina con no más de 2 especies de microorganismos.

Criterios 2: El paciente tiene al menos dos de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

Fiebre ($>38^{\circ}$ C), urgencia, poliaquiuria, disuria o molestias suprapúbicas. Y Al menos uno de lo siguiente:

- a) Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria y nitritos en orina.
- b) Piuria (muestra de orina con mayor o igual a 10 leucocitos por mm³ o mayor o igual a 3 leucocitos por campo de alto poder en orina no centrifugada).
- c) Microorganismos observados en coloración Gram de orina no centrifugada.

d) Al menos dos urocultivos con aislamiento repetido del mismo uropatógeno (bacteria Gram negativa o *S. saprophyticus*) con mayor o igual a 100 colonias/ml de orina no miccionada.

e) Urocultivo con menor o igual a 100,000 colonias/ml de un solo uropatógeno (bacteria Gram negativa o *S. saprophyticus*) en un paciente tratado con un antibiótico efectivo para ITU.

f) Diagnóstico médico de infección del tracto urinario.

g) Tratamiento médico apropiado instituido para una infección del tracto urinario.

Criterio 3: Paciente menor o igual a 1 año de edad que tiene al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

Fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), hipotermia ($< 37^{\circ}\text{C}$), apnea, bradicardia, disuria, letargia o vómitos y urocultivo positivo, esto es, mayor o igual a 100,000 UFC (Unidades formadoras de colonias) por ml de orina con no más de 2 especies de microorganismos.

Criterio 4: Paciente menor o igual a un 1 año de edad que tiene al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa reconocida:

Fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), hipotermia ($< 37^{\circ}\text{C}$), apnea, bradicardia, disuria, letargia o vómitos y al menos uno de lo siguiente:

- a. Tira reactiva positiva para esterasa leucocitaria y/o nitritos en orina.
- b. Piuria (muestra de orina con mayor o igual a 10 leucocitos por mm^3 ó mayor o igual a 3 leucocitos por campo de alto poder en orina no centrifugada.
- c. Microorganismos observados en coloración Gram de orina no centrifugada.

d. Al menos dos urocultivos con aislamiento repetido del mismo uropatógeno (bacteria Gram negativa o *S. saprophyticus*) con mayor o igual a 100 colonias/ml de orina no miccionada.

e. Urocultivo con menor o igual 100,000 colonias/ml de un solo uropatógeno (bacteria Gram negativa o *S. saprophyticus*) en un paciente tratado con un antibiótico efectivo para ITU.

f. Diagnóstico médico de infección del tracto urinario.

g. Tratamiento médico apropiado instituido para una infección del tracto urinario.

2. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR MECANICO

Es la neumonía que se presenta en un paciente que se encuentra intubado y conectado a un ventilador mecánico en el momento que inicia la infección o que se presenta hasta 48 horas después del retiro del ventilador.

Esta infección se manifiesta por sintomatología respiratoria (cambios clínicos), cambios radiográficos (aparición de infiltrados o incremento del mismo), de laboratorio y epidemiológicos, siendo la etiología bacteriana la causa más común de la Neumonía asociada al ventilador mecánico.

3. INFECCIÓN DE TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL

Es la infección del torrente sanguíneo que se desarrolla en un paciente que tenía colocado un catéter venoso central en el momento que inicia la infección o lo tuvo dentro de las 48 horas anteriores al inicio de la infección.

Debiendo satisfacer al menos uno de los siguientes criterios:

Infección del Torrente Sanguíneo confirmada por laboratorio

Criterio 1: El paciente tiene un patógeno reconocido en uno o más hemocultivos y el organismo cultivado de la sangre no está relacionado a una infección en otro sitio.

Criterio 2: El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), escalofríos o hipotensión, y al menos uno de lo siguiente:

a) Contaminante común de piel (tal como: diphteroides, *Bacillus* sp, *Propionibacterium* sp, *Estafilococo* Coagulasa-negativo, o micrococos) aislado de dos o más hemocultivos obtenidos en ocasiones diferentes. b) Contaminante común de piel (tal como: diphteroides, *Bacillus* sp, *Propionibacterium* sp, *Estafilococo* Coagulasa-negativo, o micrococos) que es aislado de al menos un hemocultivo en un paciente con catéter intravascular, y con tratamiento antimicrobiano apropiado instituido por el médico. c) Prueba de antígeno positivo en sangre (ej. *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *neisseria meningitidis* o *streptococcus* grupo B) y los signos y síntomas y los resultados de laboratorio positivos no están relacionados a una infección en otro sitio.

Criterio 3: Paciente ≤ 1 año de edad que tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), hipotermia ($<37^{\circ}$), apnea o bradicardia y presenta al menos uno de lo siguiente:

a) Contaminante común de piel (tal como: diphteroides, *Bacillus* sp, *Propionibacterium* sp. *Estafilococo* Coagulasa-negativo, o micrococos) aislado de dos o más hemocultivos obtenidos en ocasiones diferentes.

b) Contaminante común de piel (tal como: diphteroides. *Bacillus* sp, *Propionibacterium* sp. *Estafilococo* Coagulasa-negativo o micrococos) aislado de al menos un cultivo de sangre de un paciente con catéter

intravascular, y con tratamiento antimicrobiano apropiado instituido por el médico.

c) Prueba de antígeno positivo en sangre (ej. Haemophilus influenzae , Streptococcus pneumoniae , neisseria meningitidis o streptococcus grupo B) y los signos y síntomas y los resultados de laboratorio positivos no están relacionados a una infección en otro sitio.

Sepsis Clínica, La Sepsis Clínica debe satisfacer al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1: El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida: Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), hipotensión (presión sistólica ≤ 90 mm Hg), u oliguria (< 20 ml /hora) y hemocultivos no realizados o microorganismos o antígeno no detectados en sangre y sin infección aparente en otros sitios y tratamiento médico instituido para sepsis.

Criterio 2: Paciente ≤ 1 año de edad que tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas clínicos sin otra causa reconocida: Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), hipotermia ($<37^{\circ}\text{C}$), apnea o bradicardia y hemocultivos no realizados o microorganismos o antígeno no detectados en sangre y sin infección aparente en otros sitios y tratamiento médico instituido para sepsis.

4. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ).

4.1. INFECCIÓN DE SITIO DE QUIRURGICO INCISIONAL SUPERFICIAL (ISQ-SUP)

Una infección de sitio quirúrgico incisional superficial debe satisfacer los siguientes criterios: La infección ocurre dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico y sólo involucra piel y tejido celular subcutáneo de la incisión y el paciente tiene al menos uno de lo siguiente:

- a) Drenaje purulento de la incisión superficial.
- b) Microorganismos aislados desde cultivos asépticamente obtenidos de fluidos o tejidos de la incisión superficial.
- c) Al menos uno de los siguientes signos y síntomas de infección: Dolor o hipersensibilidad, edema localizado, rubor o calor y apertura deliberada de la herida operatoria por el cirujano, a no ser que el cultivo de la incisión sea negativo.
- d) Diagnóstico de ISQ-SUP, dado por el cirujano o por el médico que lo atiende.

INSTRUCCIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA:

1. No reportar abscesos de sutura (inflamación mínima y secreción circunscrita a los puntos de penetración de la sutura) como infección.
2. Clasifique las infecciones que involucran tanto los sitios incisional superficial y profundo, como incisional profunda: ISQ-PROF.

4.2. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO INCISIONAL PROFUNDA (ISQ-PROF)

Definición: Una infección de Sitio Quirúrgico incisional profunda debe satisfacer los siguientes criterios:

La infección ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico si no se colocó implantes* o dentro de un año si se colocó implantes y la infección parece estar relacionada al procedimiento quirúrgico y compromete tejidos blandos profundos (capas muscular y fascial) de la incisión y el paciente tiene al menos uno de lo siguiente:

- a) Drenaje purulento de la incisión profunda pero no desde el componente órgano / espacio del sitio quirúrgico.
- b) Una dehiscencia espontánea de la incisión profunda o abierta deliberadamente por un

cirujano cuando el paciente tiene al menos uno de los siguientes signos y síntomas: fiebre (> 38° C), o dolor o hipersensibilidad localizada, a no ser que el cultivo de la incisión sea negativo. c) En el examen directo durante la reintervención quirúrgica o por examen histopatológico o radiológico, se encuentra un absceso u otra evidencia de infección que compromete la incisión profunda. d) Diagnóstico de Infección del sitio quirúrgico incisional profundo que es hecho por el cirujano o por el médico que lo atiende.

INSTRUCCIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA

1. Clasifique las infecciones que involucran tanto los sitios incisionales superficial y profunda como ISQ-PROF.

(*) Un cuerpo extraño implantable no derivado de humano (tal como prótesis de válvulas cardíaca, injerto vascular no humano, corazón mecánico, o prótesis de cadera) que es colocado permanentemente en un paciente durante la cirugía.

4.3. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO ÓRGANO / ESPACIO (ISQ:O/E)-

Definición: Una Infección de Sitio Quirúrgico Órgano / Espacio compromete cualquier parte del cuerpo, excluyendo las capas de piel, fascia o músculo, que es abierta o manipulada durante el procedimiento de la operación. Los sitios específicos son asignados por el Sitio Quirúrgico Órgano/ espacio Infectado, para posteriormente identificar la localización de la infección. Líneas abajo presentamos una lista de los códigos de los sitios específicos que se utilizan para diferenciar ISQ Órgano / espacio.

Una Infección de Sitio Quirúrgico (Órgano Espacio) debe satisfacer los siguientes criterios:

La infección ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico si no se colocó implantes* o dentro de un año si se colocó implante y la infección parece estar relacionada al procedimiento quirúrgico y la infección involucra cualquier parte del cuerpo, excluyendo la incisión de la piel, fascia o capas musculares, que es abierto o manipulado durante el procedimiento de la operación y el paciente tiene al menos uno de lo siguiente:

a) Drenaje purulento que sale por un dren que es colocado por una herida penetrante dentro del órgano / espacio. b) Organismos aislados desde cultivos asépticamente obtenidos de fluidos o tejidos en el Órgano/ espacio. c) En el examen directo durante la reoperación o por examen histopatológico o radiológico, se encuentra un absceso u otra evidencia de infección que compromete el órgano / espacio. d) Diagnóstico de ISQ - órgano / espacio hecho por el cirujano o por el médico que atiende al paciente.

INSTRUCCIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA:

Ocasionalmente una infección del órgano / espacio drena a través de la incisión. Tal infección generalmente no involucra reoperación y es considerada una complicación de la incisión. Por eso, clasifique estas como una ISQ-PROF (Incisional profunda).

5. ENDOMETRITIS.

Para efecto de la vigilancia se considerará la endometritis asociada a parto por cesárea o por vía vaginal, que cumpla los siguientes criterios:

Criterio 1: La paciente tiene organismos cultivados de fluido o tejido del endometrio obtenido durante un acto quirúrgico, por aspiración con aguja o por legrado biopsico.

Criterio 2: La paciente tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor abdominal, hipersensibilidad uterina o drenaje purulento del útero.

INSTRUCCIONES PARTICULARES A TENER EN CUENTA:

Reportar endometritis posparto como una infección nosocomial a menos que el líquido amniótico esté infectado al momento de la admisión o que la paciente fue admitida 48 horas después de la ruptura de membranas.

6. INFECCION DE CUPULA VAGINAL

Se denomina Infección de cúpula vaginal cuando se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1: Paciente posthisterectomía, que presenta drenaje purulento de la cúpula vaginal.

Criterio 2: Paciente posthisterectomía, que presenta un absceso en la cúpula vaginal.

Criterio 3: Paciente posthisterectomía, que presenta patógenos cultivados del fluido o tejido obtenidos de la cúpula vaginal.

7. MEDIASTINITIS

La mediastinitis debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

Criterio 1: El paciente tiene organismos cultivados de tejido mediastinal o fluido obtenido durante una operación quirúrgica o aspirado con aguja.

Criterio 2: El paciente tiene mediastinitis evidenciada durante una operación quirúrgica o en un examen histopatológico

Criterio 3: El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor torácico o inestabilidad del esternón y al menos uno de lo siguiente: a. Descarga

purulenta del área mediastinal b. Organismos cultivados de sangre o de descarga mediastinal c. Ensanchamiento del mediastino en la radiografía

Criterio 4: Paciente \leq 1 año de edad tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$) , hipotermia ($<37^{\circ}\text{C}$), apnea, bradicardia o inestabilidad del esternón y al menos uno de lo siguiente : a. Descarga purulenta del área mediastinal b. Organismos cultivados de sangre o de descarga mediastinal c. Ensanchamiento del mediastino en la radiografía

8. MIOCARDITIS O PERICARDITIS

La miocarditis o la pericarditis deben satisfacer al menos uno de los siguientes criterios :

Criterio 1: El paciente tiene organismos cultivados de tejido pericárdico o de fluido obtenido por aspiración por aguja o durante una operación quirúrgica.

Criterio 2: El paciente tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor torácico, pulso paradójico o incremento de la silueta cardiaca y Al menos uno de lo siguiente:

- a. EKG anormal compatible con miocarditis o pericarditis
- b. Prueba de antígeno positiva en sangre (ej. H.influenzae , S. pneumoniae)
- c. Evidencia de miocarditis o pericarditis en examen histológico de tejido cardíaco
- d. Elevación al cuádruple del título de anticuerpos específicos con o sin aislamiento de virus en faringe o heces

e. Efusión pericárdica identificada por ecocardiografía, TAC, RMN o angiografía

Criterio 3: Paciente \leq 1 año de edad tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), hipotermia ($<37^{\circ}\text{C}$), apnea, bradicardia, pulso paradójico o incremento de la silueta cardíaca y al menos uno de lo siguiente:

a) EKG anormal compatible con miocarditis o pericarditis

b) Prueba de antígeno positiva en sangre (ej. H.influenzae , S. pneumoniae)

c) Evidencia de miocarditis o pericarditis en examen histológico de tejido cardíaco

d) Elevación al cuádruple del título de anticuerpos específicos con o sin aislamiento de virus en faringe o heces

e) Efusión pericárdica identificada por ecocardiografía, TAC, RMN o angiografía

ANEXO Nº 04

Oficina de Planeamiento y Calidad
Oficina de Inteligencia Sanitaria
Unidad de Epidemiología

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO CIRUGIA ADULTOS

RED ASISTENCIAL : CUSCO

ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO

SERVICIO: CIRUGIA GENERAL

MES : ABRIL

AÑO: 2015

FACTOR DE RIESGO	INDICE DE RIESGO	IIH	Nº ISQ	Nº Cirugías	Incidencia Acumulada (X 100)
Colecistectomía por Laparoscopia	RIESGO 0	ISQ		51	0.00
	RIESGO 1	ISQ		17	0.00
	RIESGO 2	ISQ		1	0.00
	RIESGO 3	ISQ		0	0.00
	TOTAL	ISQ	0	69	0.00
Colecistectomía por Laparotomía	RIESGO 0	ISQ		1	0.00
	RIESGO 1	ISQ			0.00
	RIESGO 2	ISQ			#¡DIV/0!
	RIESGO 3	ISQ			0.00
	TOTAL	ISQ	0	1	0.00
Hernioplastia Laparoscópica	RIESGO 0	ISQ	0	0	0.00
	RIESGO 1	ISQ	0	0	0.00
	RIESGO 2	ISQ	0	0	0.00
	RIESGO 3	ISQ	0	0	0.00
	TOTAL	ISQ	0	0	0.00
Hernioplastia por Laparotomía	RIESGO 0	ISQ	1	25	4.00
	RIESGO 1	ISQ		1	0.00
	RIESGO 2	ISQ		2	0.00
	RIESGO 3	ISQ	0	0	0.00
	TOTAL	ISQ	1	28	3.57

INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGÚN FACTOR DE RIESGO
 CIRUGIA ADULTOS

RED ASISTENCIAL : **CUSCO**

ESTABLECIMIENTO: **HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO**

SERVICIO: **CIRUGIA GENERAL**

PERIODO: SEMESTRE I

AÑO: 2017

FACTOR DE RIESGO	INDICE DE RIESGO	IIH	Nº ISQ	Nº Cirugías	Incidencia Acumulada (X 100)
Colecistectomía por Laparoscopia	RIESGO 0	ISQ	1	393	0.25
	RIESGO 1	ISQ	0	84	0.00
	RIESGO 2	ISQ	1	11	0.00
	RIESGO 3	ISQ	0	0	0.00
	TOTAL	ISQ	2	488	0.41
Colecistectomía por Laparotomía	RIESGO 0	ISQ	0	2	0.00
	RIESGO 1	ISQ	0	1	0.00
	RIESGO 2	ISQ	0	2	0.00
	RIESGO 3	ISQ	0	0	0.00
	TOTAL	ISQ	0	5	0.00
Hernioplastía Laparoscópica	RIESGO 0	ISQ	0	0	0.00
	RIESGO 1	ISQ	0	0	0.00
	RIESGO 2	ISQ	0	0	0.00
	RIESGO 3	ISQ	0	0	0.00
	TOTAL	ISQ	0	0	0.00
Hernioplastía por Laparotomía	RIESGO 0	ISQ	0	156	0.00
	RIESGO 1	ISQ	0	3	0.00
	RIESGO 2	ISQ	0	0	0.00
	RIESGO 3	ISQ	0	0	0.00
	TOTAL	ISQ	0	159	0.00

En el mes de Abril 2015, en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, el comportamiento de la incidencia de CIHNI por servicio es como sigue: el servicio de Traumatología se ubica en el primer lugar con el 24%, el Servicio de Medicina Interna se ubica en el segundo lugar con el 16% y los servicios de Cirugía General, Pediatría y Centro Quirúrgico se ubican en el tercer lugar con el 10.4%.

CAUSAS DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS NO INFECCIOSAS POR SERVICIOS

HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO
MES : ABRIL 2015

Nº	EVENTO	CIE X	MED. ESPECIALIZ.							CIR. Genral	CIR. ESPECIALID														TOTAL	%																
			MEI	NEF	NEU	CAR	PSQ	GAS	ONC		TRA	CPL	URO	NEC	OFT	OTO	CCC	CCV	OPE	GIN	OBT	PED	NEO UCI	NEO UCIN			EMER	UCI	UCIN	S.OP	Hemod	C.Obst	RX									
1	INFILTRACION VIA PERIFERICA	T80.8	2						4	12																								32	25.40							
2	EQUIMOSIS POST VENOPUNCION	T80.8	2						1	3																							22	17.46								
3	CONSTIPACION	K59.0	2							9																							14	11.11								
4	ULCERA DE DECUBITO I° - II°	L89.X	9						2	1																							14	11.11								
5	REACCION ADVERSA A ANESTESICO (VOMITOS)	T88.5																						1	1								12	9.52								
6	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA NO INFECCIOSA	K52.9	1						1	1																							4	3.17								
7	FLEBITIS	T81.7								2																								3	2.38							
8	REACCION ADVERSA A MEDICAMENTO	T88.7	1					1		1																								3	2.38							
9	SANGRADO POR ESTOMA DE CVC.	T81.0		2																														2	1.59							
10	ERITEMA DE HERIDA OPERATORIA	T81.8							2																									2	1.59							
11	CAIDA EN EL MISMO NIVEL	W01	1						1																									2	1.59							
12	CEFALOHEMATOMA POST PARTO	P12.0																																2	1.59							
13	HEMORRAGIA Y HEMATOMA POST QXCO.	T81.0							1																									2	1.59							
14	FRACTURA DE CLAVICULA POST PARTO	P13.4																																2	1.59							
15	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	L23.8								1																								2	1.59							
16	CEFALEA POST ANESTESIA GENERAL	T88.5																																1	0.79							
17	REACCION ADVERSA A ADHESIVOS	L23.1	1																															1	0.79							
18	DERMATITIS DE PAÑAL	L22.X																																1	0.79							
19	SINDROME POST RCP	I46.0																																1	0.79							
20	HERIDA CUERO CABELLUDO POST CAIDA	S01.0	1																															1	0.79							
21	NEUMOTORAX POST PROCEDIMIENTO	T81.2																																1	0.79							
22	DESGARRO PERINEAL II° - III°	O70.1																																1	0.79							
23	RECIDIVA DE HERNIA INGUINAL POST QXCA.	T81.8																																1	0.79							
24	HEMATOMA CERVICAL POST CVC	T82.8							1																									1	0.79							
TOTAL									20	2	0	0	0	0	1	0	13	30	0	1	1	0	0	0	0	0	0	7	4	4	13	0	0	5	6	1	13	0	5	0	126	100

FUENTE: Unidad de Epidemiología



Lic. Enf. Jacqueline Zamudio Bendeze

 AREA DE INTELIGENCIA SANITARIA

En el mes de Mayo 2015, en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, el comportamiento de la incidencia de CIHNI por servicio es como sigue: el servicio de Traumatología se ubica en el primer lugar con el 24.3%, el Servicio de Pediatría se ubica en el segundo lugar con el 11% y los servicios de Cirugía General y Cirugía Pediátrica se ubican en el tercer lugar con el 09%.

CAUSAS DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS NO INFECCIOSAS POR SERVICIOS

HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO
MES: MAYO 2015

N°	EVENTO	CIE X	MED. ESPECIALIZ.							CIR. Gnral	CIR. ESPECIALID													UCI					Serv. Espec.				TOTAL	%						
			MEI	NEF	NEU	CAR	PSQ	GAS	ONC		TRA	CPL	URO	NEC	OFT	OTO	COC	CCV	CPE	GIN	OBT	PED	NEO UCI	NEO UCIN	EMER	UCI	UCIN	C.OXCO	Hemod	C.Obst	RX									
1	INFILTRACION VIA PERIFERICA	T80.8	1							4	8						2	6		1	7	3			2												36	32.43		
2	EQUIMOSIS POST VENOPUNCION	T80.8								1	6						2	1		3	3																19	17.12		
3	CONSTIPACION	K59.0			2						10		1																									18	16.22	
4	ULCERA DE DECUBITO I°- II°	L89.X	1												1		1																					8	7.21	
5	ERITEMA DE HERIDA OPERATORIA	T81.8								2			2																									4	3.60	
6	REACCION ADVERSA A ANESTESICO (VOMITOS)	T88.5																																				3	2.70	
7	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	L23.8									2																											3	2.70	
8	CEFALOHEMATOMA POST PARTO	P12.0																																				3	2.70	
9	SINDROME POST RCP	I46.0																																					3	2.70
10	HEMORRAGIA Y HEMATOMA POST QXCO.	T81.0								1			1																										2	1.80
11	FLEBITIS	T81.7	1																																				2	1.80
12	NEUMOTORAX POST PROCEDIMIENTO	T81.2										1																											2	1.80
13	INTOLERANCIA GASTRICA	K90.4																																					1	0.90
14	ILEO POST QUIRURGICO	T88.8																																					1	0.90
15	HEMATOMA EN MANO POST SUJECION MECANICA	T81.2	1									1																											1	0.90
16	FRACTURA DE CLAVICULA POST PARTO	P13.4																																					1	0.90
17	FOLICULITIS	L73.9																																					1	0.90
18	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA NO INFECCIOSA	K52.9																																					1	0.90
19	DESGARRO PERINEAL II° - III°	O70.1																																					1	0.90
20	DERMATITIS DE PAÑAL	L22.X																																					1	0.90
21	DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA	T81.3																																					1	0.90
22	CAIDA DE CAMA	W01																																					1	0.90
	TOTAL		4	0	2	0	0	0	0	10	27	0	5	0	0	0	1	5	10	0	5	12	4	0	2	5	6	9	0	4	0	0	111	100						

FUENTE: Unidad de Epidemiología



 Lic. Enf. Jacqueline Zumbado Bendezi

 AREA DE INTELIGENCIA SANITARIA



Operación	Cod	Mes	Dias Estancia																	Total general	
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	17		
COLECISTECTOMIA	B47600	01								1										1	
		02										1									1
		04				1									1						2
Total COLECISTECTOMIA						1			1			1			1						4
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	B56340	01		2	33	23	6	1		3		1		1	1	1					72
		02		8	28	36	3	3	4		3	1									86
		03		6	36	27	9	1		1	2			1	1						84
		04	1	3	29	22	8	5			1		1								70
		05	1	8	21	31	6	1		1	1	1	1								73
Total COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA			2	27	##	##	32	11	4	5	7	2	3	1	1	1	1	1	1	1	385
REPARACION DE H. UMBILICAL, EDAD < 5 AÑOS, INCARCE	C49582	01				1															1
Total REPARACION DE H. UMBILICAL, EDAD < 5 AÑOS, INCARCE						1															1
REPARACION DE HERNIA DESLIZANTE, CUALQUIER EDAD	C49525	03			2		2							1							5
		04					1														1
Total REPARACION DE HERNIA DESLIZANTE, CUALQUIER EDAD					2		3							1							6
REPARACION DE HERNIA INCISIONAL, REDUCIBLE	C49560	01					1														1
		05					1														1
Total REPARACION DE HERNIA INCISIONAL, REDUCIBLE							1	1													2
REPARACION DE HERNIA INGUINAL	C56316	02				2															2
		05				1															1
Total REPARACION DE HERNIA INGUINAL						1	2														3
REPARACION DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE	B56317	01				1															1
Total REPARACION DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE						1															1
REPARACION DE HERNIA UMBILICAL, > 5 AÑOS INCARCERA	C49587	01						1													1
		02		2	5		1			1											9
		03		1	2	1															4
		04			2		4		1										1		8
		05	1		2	2															5
Total REPARACION DE HERNIA UMBILICAL, > 5 AÑOS INCARCERA			1	3	11	3	5	1	1	1										1	27
REPARACION DE HERNIA UMBILICAL, > 5 AÑOS REDUCIBLE	C49585	03				1															1
		05				1															1
	D49585	03				1															1
Total REPARACION DE HERNIA UMBILICAL, > 5 AÑOS REDUCIBLE						3															3
REPARACION INICIAL DE HERNIA INGUINAL MAYOR DE 6 M	C49500	01			2	5															7
		02		1	1	5	2														9
		03				3	1														4
		04			3	2	2														7
		05			1	4			1												6
	C49501	01			1	3	2														6
		02			1							1									2
		03		4			2	1													7
		04			1	2			1	1		1									6
		05			3	4	1	1						1							10
Total REPARACION INICIAL DE HERNIA INGUINAL MAYOR DE 6 M				5	13	28	10	2	2	1		1	1	1							64
REPARACION INICIAL DE HERNIA MAYOR DE 5 A REDUCIBL	C49507	01				1															1
		02									1										1
		03				2															2
	D49505	03				1															1
		05				1															1
Total REPARACION INICIAL DE HERNIA MAYOR DE 5 A REDUCIBL						1	4				1										6
Total general			3	35	##	##	52	14	7	8	8	3	5	3	1	2	2	1	1		502

ANTIBIOGRAMA SEGÚN HISTORIA CLÍNICA

CODIGO INTERNO MICROBIOLOGIA																				
NUMERO DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA																				
FECHA TOMA DE MUESTRA																				
CULTIVO																				
GERMEN																				
ANTIBIOGRAMA	BIAC	ESBL	IB	R	I	S	BIAC	ESBL	IB	R	I	S	BIAC	ESBL	IB	R	I	S		
AMIKACINA																				
AMOXICILINA																				
AMOXICIUNA - CLAVULANICO																				
AMPICILINA																				
AMPICIUNA SULBACTAM																				
AZTREONAM																				
CARBENICIUNA																				
CEFALOTINA																				
CEFAZOLINA																				
CEFEPIME																				
CEFIXIME																				
CEFOTAXIMA																				
CEFOXITINA																				
CEFPODOXIME																				
CEFTAZIDIME																				
CEFTRIAXONA																				
CEFUROXIMA																				
CIPROFLOXACINA																				
CLINDAMICINA																				
CLORANFENICOL																				
COLISTINA																				
DICLOXACIUNA																				
DAPTOMICINA																				
ERITROMICINA																				
ERTAPENEN																				
GENTAMICINA																				
IMIPENEM																				
LEVOFLOXACINA																				
LINCOMICINA																				
MEROPENEM																				
METICILINA																				
MUPIROCINA																				
NITROFURANTOINA																				
NORFLOXACINA																				
OXACILINA																				
PENICILINA																				
PIPERACILINA																				
PIPETAZOBACTAM																				
RIFAMPICINA																				
TETRACILINA																				
TICARCILINA																				
TICARCILIMA/CLAV																				
TIGECILINA																				
TOBRAMINA																				
TRIMETOPRIMSULFA																				
VANCOMICINA																				
SIGLAS	BLAC: betalactamicas						IB: bacteria con alta probabilidad de presentar resistencia a las BLEE						BLEE o ESBL : Betalactamasa de espectro extendido							
TRATAMIENTO																				
ANTIMICROBIANO 1																				
ANTIMICROBIANO 2																				
ANTIMICROBIANO 3																				
OBSERVACIONES																				

FICHA DE NOTIFICACION DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA

1. DATOS GENERALES:

Red Asistencial	Hospital	Servicio	Fecha de notificación

2. DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos y Nombres	Autogenerado	Edad	Sexo	Tipo Usuario	Reingreso
			F M		SI NO

Fecha de Ingreso al Hospital	Diagnóstico de Ingreso al Hospital	CIE 10
	1	
	2	
	3	

Si es Neonato registrar los siguientes datos:

Tipo de Parto	Edad gestional	Peso al nacer
Vaginal	Cesárea	

3. DATOS DE LA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA:

Fecha de Ingreso al Servicio	Fecha de Inicio I/H	Nombre descriptivo	CIE 10

Cultivo		ITS Secundaria	
SI	NO	SI	NO

Si la infección que se reporta es de sitio Quirúrgico (ISQ), registrar los siguientes datos:

4. DATOS DE CIRUGÍA Y ANESTESIA:

Nombre de la Cirugía	Tipo de Cirugía		Fecha de la Cirugía	Duración de Cirugía	Tipo de Herida
	Emergencia	Electiva			L LC C I NC

Clasificación ASA					Tipo de Anestesia		Implante	Nombre del Cirujano
1	2	3	4	5	GENERAL	REGIONAL	SI NO	

5. CONDICIÓN DE EGRESO:

Vivo	Fallecido
------	-----------

Indice de riesgo-ISQ

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO

HOJA DE NOTIFICACION

CODIGO FINAL

1.- DATOS GENERALES

CAMA	NOMBRE DEL SERVICIO VIGILADO:	COD. SERV	FECHA REPORTE:	SEM EPI	EDAD DEL PACIENTE		
					AÑOS	MESES	DIAS
APELLIDOS:		NOMBRES		AUTOGENERADO			
DIAGNOSTICO PRINCIPAL:		CIE 10	FECHA DE INGRESO HOSP.	FECHA DE INGRESO SERV.	FECHA ALTA	FECHA MUERTE	

2 - DATOS DE LA INFECCION INTRAHOSPITALARIA

FECHA DE INICIO DE IIH1	NOMBRE DE LA INFECCION (VER TABLA 1)				CODIGO (VER TABLA 1)	CIE 10	NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE INICIA INFECCION1				
INFECCION ASOCIADA	V	CV	CU	DV	QX	OTROS (cual?)		CONSECUENCIA	SI	NO	CODIGO DE SERVICIO IIH1
	M	C	P	P							
TIPO PARTO	VAGINAL	CESAREA	PESO AL NACER:		<1000	1000 - 2500	1501-2500	>2500			
FECHA DE INICIO DE IIH2	NOMBRE DE LA INFECCION (VER TABLA 1)				CODIGO (VER TABLA 1)	CIE 10	NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE INICIA INFECCION2				
INFECCION ASOCIADA	V	CV	CU	DV	QX	OTROS (cual?)		CONSECUENCIA	SI	NO	CODIGO DE SERVICIO IIH2
	M	C	P	P							
FECHA DE INICIO DE IIH3	NOMBRE DE LA INFECCION (VER TABLA 1)				CODIGO (VER TABLA 1)	CIE 10	NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE INICIA INFECCION3				
INFECCION ASOCIADA	V	CV	CU	DV	QX	OTROS (cual?)		CONSECUENCIA	SI	NO	CODIGO DE SERVICIO IIH3
	M	C	P	P							

3 - DATOS DE LA COMPLICACION NO INFECCIOSA

FECHA DE INICIO DE NO INFECCIOSA 1	NOMBRE DE LA COMPLICACION (VER TABLA 2)				CODIGO (VER TABLA 2)	CIE 10	NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE INICIA COMPLICACION NO INFECCIOSA 1		CODIGO DEL SERVICIO		
COMPLICACION ASOCIADA:					GRADO:		LOCALIZACION UPP 1:				
TIPO PARTO	VAGINAL	CESAREA	PESO AL NACER:		<1000	1000 - 2500	1501-2500	>2500			
FECHA DE INICIO DE NO INFECCIOSA 2	NOMBRE DE LA COMPLICACION (VER TABLA 2)				CODIGO (VER TABLA 2)	CIE 10	NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE INICIA COMPLICACION NO INFECCIOSA 2		CODIGO DEL SERVICIO		
COMPLICACION ASOCIADA:					GRADO:		LOCALIZACION UPP 2:				
FECHA DE INICIO DE NO INFECCIOSA 3	NOMBRE DE LA COMPLICACION (VER TABLA 2)				CODIGO (VER TABLA 2)	CIE 10	NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE INICIA COMPLICACION NO INFECCIOSA 3		CODIGO DEL SERVICIO		
COMPLICACION ASOCIADA:					GRADO:		LOCALIZACION UPP 3:				

4.- DATOS DE LA CIRUGIA ASOCIADA A LA COMPLICACION QUIRURGICA

DATOS DE LA CIRUGIA ASOCIADA A LA COMPLICACION QUIRURGICA				FECHA:			
				(*) INDICE DE RIESGO (A+B+C)			
				0	1	2	3
NOMBRE DEL CIRUJANO							
ES REINTERVENIDO ? (SI) (NO)				FECHA:			
(*) CALCULO DEL INDICE DE RIESGO (A+B+C)							

A .- CLASIFICACION ASA cuando sea de 3-5: 1 punto, cuando sea de 1-2: 0 puntos.	B . DURACION CIRUGIA HORAS .- tiempo > del standard : 1 punto ; tiempo < del standard : 0 puntos TIEMPO STANDARD: Hernioplastia, Colectectomia, Histerectomia, Toracotomia; 2 horas, Cesárea: 1 hora	C - TIPO De: HERIDA Herida contaminada o Herida sucia :1 punto , Herida limpia o limpia contaminada: 0
---	--	--

EPIDEMIOLOGO RESPONSABLE (SELLO Y FIRMA)

ANEXO Nº 05



FUENTE: Elaboración Propia, 2016



FUENTE: Elaboración Propia, 2016