

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



**PREVALENCIA DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS
EN UN HOSPITAL NACIONAL NIVEL III ESSALUD 2015**

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

DIANA ESTEFANA NAPA ULLOA

Quero & S. de Sery

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA | PRESIDENTA |
| ➤ MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| ➤ MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ | VOCAL |
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GOMEZ | SUPLENTE |

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 021

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 18/09/2018

Resolución Decanato N° 1369-2018-D/FCS de fecha 17 de setiembre 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	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	17
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	19
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	22
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIALES	42
ANEXOS	48

INTRODUCCIÓN

Las Complicaciones intrahospitalarias infecciosas(CIHI) también llamadas Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), constituyen hoy en día un importante problema de salud pública no solo para los pacientes, sino también para la familia, la comunidad y el estado, constituyendose así en un desafío para las instituciones de salud y el personal de salud responsable de la atención por ser un evento adverso que se puede prevenir en pacientes hospitalizados, por lo tanto es muy importante conocer la ocurrencia de estos casos a través de los indicadores epidemiológicos como las tasas de incidencia, prevalencia, etc.

La prevalencia de las complicaciones infecciosas es un indicador de cómo se están ejecutando los procesos de atención, estudia los factores de riesgo extrínsecos (procedimientos invasivos) e intrínsecos en los pacientes, las medidas de prevención y control realizadas por el personal de salud, asimismo, permite conocer la sensibilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

En el presente trabajo académico se reportó como infecciones prevalentes en el año 2015 en primer lugar a las Neumonias, 56 (30.43%) de todas las infecciones reportadas las cuales tienen repercusión en el incremento de los costos del cuidado de la salud por la prolongación de la estancia hospitalaria y por todas sus implicancias que se derivan de ella, también se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad por lo tanto es muy importante considerar la intervención oportuna de enfermería en la retroalimentación de esta información a los gestores del hospital para la toma de decisiones respectiva así como también participar en la prevención y el control de las infecciones intrahospitalarias (IIH).

Para este trabajo se consideraron en el capítulo I, Planteamiento del Problema, capítulo II, Marco Teórico, capítulo III, Experiencia Profesional, capítulo IV, Resultados, Capítulo V, Conclusiones, Capítulo VI, Recomendaciones y por último en el Capítulo VII, Referenciales.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

Las Complicaciones infecciosas intrahospitalarias se presentan tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo, donde aproximadamente cada día 1,4 millones de pacientes adquieren una infección de este tipo. (1)

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estima que casi dos millones de pacientes adquirirán una infección intrahospitalaria cada año mientras permanecen en un hospital de los Estados Unidos de Norteamérica y casi 90,000 de ellos morirán debido a una de éstas infecciones. (2)

España realiza desde hace dos décadas estudios de prevalencia y a partir del año 2010 se viene estandarizando la metodología a nivel de Europa (3), en el estudio publicado en el 2012, se estableció que alrededor del 7.6% de los pacientes hospitalizados presentan una infección relacionada con la asistencia, durante el corte de prevalencia, estimándose que alrededor del 6.6% de los pacientes hospitalizados desarrollaban una infección intrahospitalaria durante el ingreso. (4)

Estudios realizados en Canadá en el año 2007 muestran una prevalencia puntual de 10.5% en pacientes hospitalizados. (5)

En el año 2015, el Ministerio de Salud del Perú desarrolló el estudio de prevalencia de infección intrahospitalaria (IIH) a nivel nacional, cuyo resultado fue del 3.9% (6), mientras que en el HNERM el estudio arrojó una tasa de prevalencia del 11.33% de IIH respectivamente (7), a pesar de las diferencias existentes entre los resultados de ambos estudios, estos no son comparativos por diversos factores como : complejidad de los centros hospitalarios, número de camas, metodología aplicada para el estudio de prevalencia, etc, pero si es una alerta que debemos considerar ya que nos revela la casuística de las IIH, así como los germenés prevalentes e incluso los multirresistentes y los procedimientos

invasivos realizados(8), también se consideran los factores de riesgo a los cuales estuvieron expuestos los pacientes, lo cual no deja de ser una preocupación y un problema que cada año va tomando mayor relevancia en todos los hospitales a nivel mundial, todo lo mencionado agregado a fallas en los procesos de atención, sobre todo cuando no se realizan “buenas prácticas clínicas” incrementan aún más el riesgo de que los pacientes puedan adquirir las infecciones intrahospitalarias. (9)

El hospital nacional III EsSalud, es el centro hospitalario público más grande de la seguridad social, con un alto nivel de complejidad, en donde se atiende a pacientes con diversas patologías agudas y crónicas , es un centro de referencia de la red asistencial a la cual pertenecen los pacientes, cuenta con un total de 1,800 camas, sin embargo el número de pacientes que llegan para recibir atención superan lo programado por ser un hospital de referencia, por lo tanto a pesar de tener los cuidados de asepsia, antisepsia y aplicar las medidas de bioseguridad, se cuenta con una tipificación de los gérmenes muy variada causantes de infecciones por bacterias, dentro de las cuales las más frecuentes que tenemos son: *Escherichia coli*, *klebsiella pneumoniae*, *Pseudomona aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*, etc., las mismas que en muchos casos hacen resistencia bacteriana debido al uso irracional de los antibióticos utilizados, lo cual permite que haya un mayor crecimiento de los gérmenes, por lo tanto los pacientes se complican y adquieren infecciones intrahospitalarias.

1.2. Objetivo

Describir la prevalencia de las complicaciones intrahospitalarias en un Hospital Nacional Nivel III EsSalud 2015.

1.3. Justificación

Se realizó el presente trabajo para dar a conocer cuales son las infecciones, gérmenes y procedimientos invasivos prevalentes y así poder ejecutar los procesos y/o intervenciones de enfermería en el control de las Infecciones, teniendo en cuenta los factores de riesgo asociados para la presencia de las mismas y a su vez porque es muy importante aplicar todas las medidas de contención para prevenir la presencia de nuevos casos.

Por otro lado, esto favorecería positivamente en bien de los pacientes en quienes disminuyendo los riesgos de exposición van a tener menor probabilidad de contraer una infección intrahospitalaria; a nivel del hospital ya que directamente se reducirían los costos asistenciales, la estancia prolongada y la elevada morbimortalidad ocasionados por la presencia de IIH, así como también la imagen del hospital no se vería deteriorada ya que muchas veces este tema de IIH tiene repercusiones médico legales por lo tanto se tienen denuncias que son expuestas a la opinión pública, asimismo influiría positivamente en los trabajadores de salud en quienes disminuiría su riesgo de exposición a agentes bacterianos en muchos casos multiresistentes y a fluidos corporales altamente contaminantes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

VAQUE J, y grupo de trabajo EPINE. en su estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINEEPS 2012) España; 2013, los resultados fueron: la prevalencia de pacientes con infección nosocomial (IN) adquirida durante la hospitalización ha sido la más baja de la historia del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) es un sistema multicéntrico de vigilancia de las infecciones nosocomiales, basado en el desarrollo de un estudio anual de prevalencia, que desde 1990 se viene realizando EPINE (5,61%), aunque la prevalencia total de pacientes asistidos con infección (7,61%) no ha disminuido en la misma escala debido al aumento de las infecciones presentes en el momento del ingreso. Se ha registrado un incremento de las IN presentes al ingreso, cerca de la mitad de las cuales han sido de localización quirúrgica. La prevalencia más elevada de infecciones nosocomiales adquiridas durante la hospitalización se ha registrado en los centros de más de 500 camas, en cambio la de infecciones existentes al ingreso en los de menos de 200 camas. Los resultados entre las Comunidades Autónomas de España (CCAA) han mostrado una heterogeneidad estadística moderada. Sus resultados en general han sido favorables, en el sentido de que muchas han obtenido prevalencias observadas inferiores a las esperadas en función del case- mix de factores de riesgo. (10)

TORRES GARCIA M., GONZÁLEZ GONZÁLEZ B., GARCÍA PUGA M., GONZÁLEZ JUÁREZ L., Estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales (IN) en una unidad médica de alta especialidad". Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. México. abril-junio 2009; Vol 6 (2):39-49, el Objetivo fue: Conocer la prevalencia puntual de

Infecciones Nosocomiales (IN) de una Unidad Médica de Alta Especialidad, como indicador de las acciones implementadas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH). Así como conocer los factores de riesgo asociados a la prevalencia de IN. La metodología que se siguió es un estudio observacional de tipo transversal y la población estuvo conformada por 383 pacientes hospitalizados.

Dentro de los resultados: se encontró que el 73.9% tenían procedimientos invasivos terapéuticos. Se identificaron 68 casos con infección nosocomial, lo que corresponde a una prevalencia puntual de 17.8%. Los sitios de IN más frecuentes fueron las bacteriemias (38.2%) y neumonías (20.6%). Los microorganismos identificados con mayor frecuencia fueron pseudomona sp, enterobacter aglomerans, serratia marcescens, y staphylococo coagulasa negativa, así como Escherichia Coli. Además de ser neonato y lactante otros factores asociados a las IN fueron el estar inmunocomprometido, el tener catéter venoso por disección, diálisis peritoneal, sonda orogástrica, intubación orotraqueal, ventilación mecánica, nutrición parenteral y el tener una cirugía contaminada. Factores que están significativamente asociados y las conclusiones fueron que el desarrollo de este estudio permitió conocer la prevalencia puntual y caracterizar las Infecciones Nosocomiales, como un indicador del funcionamiento de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, para el establecimiento de medidas de control de infecciones. (11)

LEYVA MIRANDA T., VALDÉS GARCÍA I., Prevalencia de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en 9 hospitales provinciales de Santiago de Cuba. MEDISAN. dic. 2013; vol.17 no.12. (versión On-line ISSN 1029-3019). Los epidemiólogos, residentes de Higiene y Epidemiología, así como las enfermeras de vigilancia de los hospitales realizaron entrevistas y

revisión de historias clínicas de los 1546 pacientes ingresados. En el análisis estadístico se utilizaron distribuciones de frecuencias y como medidas de resumen las tasas, los porcentajes y las proporciones. La prevalencia de las citadas infecciones fue de 5,7 %. Predominaron la herida quirúrgica, vía respiratoria baja, piel y vías urinarias como localizaciones más frecuentes. Entre los factores de riesgo más importantes figuraron: herida quirúrgica, punción venosa y disección de la vena. Los antibióticos empleados con mayor frecuencia fueron la amikacina y el ceftriaxone. Se encontraron la *Klebsiella* y el *Staphylococcus* como gérmenes más frecuentes. La prevalencia de infecciones hospitalarias halladas se encuentra dentro del intervalo esperado en comparación con estudios previos en diversas instituciones de salud a escalas tanto nacional como mundial. La sensibilidad del sistema de vigilancia para las infecciones intrahospitalarias fue baja, a pesar de que superó otros estudios. (12)

ORTEGA FRANCO C., JIMÉNEZ SÁNCHEZ S., ROMO MARTÍNEZ J., ARRIAGA DÁVILA J. Estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención. México. ENF. INF MICROBIOL. 2014 34 (1): 6-12, manifestaron que las infecciones nosocomiales (IN) son un problema de salud pública en todo el mundo y su vigilancia requiere un permanente estado de alerta del personal de salud. Realizaron este estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en un hospital de pediatría de tercer nivel de atención. Se incluyó a pacientes con estadía hospitalaria mayor de 48 horas. Se hizo la recolección de datos clínicos, exposición a factores de riesgo y reporte microbiológico. Dentro de sus resultados obtuvieron que un total de 172 pacientes cumplieran con los criterios de inclusión. La prevalencia de IN fue de 11.6 % y la de pacientes infectados de 9.9%. Las áreas hospitalarias más afectadas fueron las unidades de terapia intensiva (neonatal y pediátrica). Del total de las IN identificadas

fueron 30% bacteremias, 25% infección de vías respiratorias bajas, 20% infección de vías urinarias, 5% infección de herida quirúrgica, 5% infección relacionada a línea vascular y 15% otras infecciones. Los microorganismos aislados fueron *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomona aeruginosa*, *Stenotrophomonas maltophilia* y *Acinetobacter baumani*. Los factores de riesgo asociados fueron exposición a procedimientos invasivos OR = 1.4 (IC 95% = 1.1-1.8), antecedente de procedimiento quirúrgico OR = 3.2 (IC 95%= 1.1-9.4) y ventilación mecánica OR = 14.1 (1.2-162); estos resultados con un valor significativo ($p < 0.05$). Dentro de sus conclusiones tenemos: que el presente estudio muestra una prevalencia de IN con un comportamiento muy similar a lo reportado en la literatura médica. Se recomienda continuar un apego estricto a los programas de prevención de infecciones nosocomiales. (13)

QUISPE PARDO ZE, Protocolo del estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias del MINSA Lima - Perú, 2014,

refiere que el servicio con mayor riesgo de IIH es la UCI de adultos, seguido de la UCI pediátrica, quemados y neonatología. Las IIH más frecuentes fueron las neumonías, seguidas de las ITS y las ISQ (superficiales y profundas). Solo al 56% de los pacientes con IIH, se les solicitó por lo menos un cultivo para confirmación, siendo solicitada estas pruebas en mayor proporción en Lima. La tasa de prevalencia nacional de IIH fue del 3.9%, cifras menores a la registrada en otros estudios de prevalencia internacional. Los EESS de mayor complejidad son los que realizan una mejor vigilancia de las de las IIH, encontrándose limitaciones en los EESS II-1 (14).

SALAZAR RAMÍREZ NE, Prevalencia puntual de infecciones intrahospitalarias del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, EsSalud. Chiclayo - Perú 2011, en este estudio descriptivo, de corte transversal, refiere que la tasa más alta de IIH corresponde al servicio de Neonatología en un 28%, así como las Infecciones respiratorias en un 30%, siendo el grupo etareo de <9 años el que alcanzo el 21% y el sexo masculino con un 51,51%. La tasa de Prevalencia Puntual de Infecciones Intrahospitalarias fue 9,34%. (15)

Informe Final del Estudio de Prevalencia de Punto de Infecciones Intrahospitalarias Hospital Santa Rosa. Lima, Perú, junio 2012, en este estudio se observa que de los 82 pacientes encuestados en la prevalencia 10 de ellos presentaron Infección Intrahospitalaria, correspondiendo al 12% del total de pacientes del hospital, asimismo se observa que del 100% de IIH presentadas se encontró 6 tipos de IIH; siendo el 30% neumonías intrahospitalarias (03), el 40% infecciones de herida operatoria superficial (02) y herida operatoria profunda (02), con el 10% encontramos a la traqueobronquitis (01), 10% de ITU(01), y el 10% de ITS (01). (16)

HIDALGO L, MARROQUÍN M, ANTIGONI J, SAMALVIDES F. "Prevalencia de infecciones hospitalarias en un hospital peruano de nivel IV" 2008.(Rev. Med.Hered. abr./ jun. 2011; v.22 n.2: 76-81) este estudio tuvo por Objetivo: determinar la "Prevalencia puntual de infecciones hospitalarias" (IH) en un hospital peruano de Nivel IV, en el año 2008. Es un estudio descriptivo de corte transversal. Las Infecciones hospitalarias fueron identificadas empleando los criterios del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 1999. Dentro de los resultados encontrados tenemos: que en total se evaluaron 1578 pacientes: 685 varones y 893 mujeres. La prevalencia de infecciones hospitalarias por

100 pacientes hospitalizados fue de 7,54 (7,05, 6,77, 7,31, 4,55, 0,75 y 26,85, en los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología–Obstetricia, Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos respectivamente). El número de pacientes con infecciones hospitalarias fue 119, 62 varones y 57 mujeres. La mediana de hospitalización en los pacientes con infecciones hospitalarias fue de 22 días y 6 días en los pacientes que no presentaron IH. 127 infecciones hospitalarias diagnosticadas en los 119 pacientes: 113 con una infección hospitalaria, cuatro pacientes con dos y dos pacientes con tres. La IH más común fue neumonía (25,2%), seguida por infecciones de tracto urinario (24,4%), infección de herida quirúrgica profunda (11%) y bacteriemia (6,3%). De 32 pacientes con neumonía nosocomial, 10 tenían ventilación mecánica. 61,3% de los pacientes con infección de tracto urinario hospitalario contaba con catéter urinario. Los agentes infecciosos más comunes fueron *Pseudomona aeruginosa* 16,1% y *Staphylococcus aureus* 9,7%. Dentro de sus conclusiones tenemos que la prevalencia de infecciones intrahospitalarias hallada se encuentra en el rango esperado para hospitales de similar complejidad. (17)

2.2 Marco Conceptual

Una Infección es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o sus toxinas. Se considera intrahospitalaria, si se desarrolla en un paciente hospitalizado que no la padecía ni la estaba incubando al momento de ingreso al hospital. Para muchas infecciones intrahospitalarias bacterianas eso significa que la infección usualmente se hace evidente 48 horas (el típico período de incubación) o más, luego de la admisión al hospital. Incluye también las infecciones contraídas en el hospital pero que aparecen después de que el enfermo fue dado de alta y las que se registran entre el personal y los visitantes del hospital (18)

En la mayoría de los casos, el lapso entre la admisión y el comienzo de la infección es de 48 a 72 horas, las infecciones quirúrgicas pueden aparecer 30 días después del egreso o incluso al año en los pacientes con implantes o prótesis (19). Las infecciones intrahospitalarias según la Organización Panamericana de Salud (OPS) son la principal y más costosa complicación, con una prevalencia entre 8 y 17 infecciones intrahospitalarias por cada 100 egresos, estimándose que el costo esperado de una hospitalización ideal aumenta hasta siete veces cuando aparece una infección intrahospitalaria durante el proceso de la atención médica o quirúrgica del paciente. Problemática que incluye a todas las instituciones de salud a nivel mundial (20).

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital, entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a los hospitales de países desarrollados contraerán una o más infecciones y en países en desarrollo el riesgo de adquirir una infección asociada a la atención hospitalaria es 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados (21).

En los EE.UU., uno de cada 136 pacientes hospitalizados se enferman gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año. (22)

En Inglaterra, más de 100.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5.000 muertes directamente relacionadas con la infección. (22)

En México, se calcula que 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes por año. (22)

Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo de 1.000 millones de libras por año. En los

Estados Unidos, la cifra es de entre 4.500 millones y 5.700 millones de US\$. En México, el costo anual se aproxima a los 1.500 millones. (22)

En las Américas, datos de Canadá indican que se contraen unas 220.000 infecciones hospitalarias anuales, que dan lugar a 8.000 muertes relacionadas con esa causa. (23). En Europa, datos del Programa de Seguimiento de Bacteriemias muestran que las IAAS afectan en promedio 1 de cada 20 pacientes hospitalizados, es decir 4,1 millones de pacientes, de estos, se estima que unos 37.000 fallecen cada año por esta causa (24)

En América Latina, a pesar que las IAAS son una causa importante de morbilidad y mortalidad, se desconoce la carga de enfermedad producida por estas infecciones (25).

Estudios puntuales realizados en algunos países de la región identificaron que entre las Infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) la neumonía fue la infección más frecuente con una tasa de 24,1 casos/1000 días ventilador, seguida por las infecciones asociadas a catéteres centrales con 12,5 casos/1000 días catéter y las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter con 8,9 casos /1000 días catéter urinario (26). En el 2014 los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de Europa (ECDC por sus siglas en inglés) documentaron que las Neumonías Asociadas a Ventilación mecánica (NAV) fueron las de mayor incidencia con 6,4 casos, seguido de las infecciones del tracto urinario con 3.9 y por último las Infecciones del torrente sanguíneo con 3.3 casos/1000 días dispositivo (27).

En el Perú, cada año más de cuatro mil pacientes sufren infecciones intrahospitalarias. De acuerdo con cifras reportadas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA en el año 2014 se reportaron 4,404 casos de infecciones intrahospitalarias en 231 nosocomios. Dicha entidad advirtió que, desde enero de 2009 a diciembre de 2012, se registraron

más de 15,679 infecciones intrahospitalarias en 238 centros hospitalarios . (28)

Prevalencia: es el número de casos, nuevos y antiguos, existentes en un momento determinado, es decir evalúa la presencia de una enfermedad, pero no la primera ocurrencia de esta. La prevalencia indica la proporción de una población que padece una enfermedad en un momento determinado. Su utilidad es para conocer cuan difundido está el problema; aunque en el caso de enfermedades de poca duración no sea muy adecuado. (29)

Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias: es el número de casos de infecciones nuevas y antiguas existentes en un momento determinado, sobre el total de los pacientes que se encuentran expuestos frente a este evento. (30).

Es un instrumento de vigilancia epidemiológica que permitirá a los establecimientos de salud, conocer la magnitud, los factores de riesgo y eventos más frecuentes que ocurren dentro del ámbito hospitalario; por lo que, los resultados brindaran información útil para la toma de decisiones y desarrollar acciones de prevención y control, promoviendo una gestión hospitalaria eficiente. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país (30).

Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente/cliente. Las intervenciones incluyen todas las acciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los cuidados indirectos dirigidos a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, por los médicos o por otros proveedores del cuidado. (31).

Las intervenciones de enfermería: están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana. El reto del profesional de enfermería es dar respuesta oportuna a los cambios permanentes que generan la transformación de los paradigmas en la práctica, la investigación y la formación. El desarrollo científico de la práctica de enfermería se sustenta en teorías y modelos. Se ha podido constatar que algunos de sus enfoques se basan fundamentalmente en la importancia de la ayuda que el profesional presta para la protección de la salud y acciones para el mantenimiento y recuperación de esta. (32).

TEORÍAS DE ENFERMERÍA: FLORENCIA NIGHTINGALE: TEORÍA DEL ENTORNO

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte (Murray y Zenther, 1975). Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. (33).

Su preocupación por un entorno saludable no incluía únicamente las instalaciones hospitalarias en Crimea e Inglaterra, sino que también hacían referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados. (33).

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

Que todos los pacientes tuvieran una ventilación adecuada parecía ser una de las grandes preocupaciones de Nightingale. Instruía a sus enfermeras para que los pacientes pudieran respirar un aire tan puro

como el del exterior. Rechazaba la teoría de los gérmenes (recientemente creada en esa época). El énfasis en la ventilación adecuada hacía reconocer a este elemento del entorno tanto como causa de enfermedades como también para la recuperación de los pacientes. (33).

El concepto de iluminación también era importante en su teoría. Descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes: la luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano. Se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar. (33).

La higiene como concepto es otro elemento esencial de la teoría del entorno de Nightingale. En este concepto se refirió al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. (33).

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Por lo que elaboró un sistema para medir la temperatura corporal con el paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la pérdida de calor. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el entorno para mantener la ventilación y la temperatura del paciente encendiendo un buen fuego, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación. (33).

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. (33).

Nightingale se preocupó por la dieta del paciente. Enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, así como el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición, y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente. (33).

Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además, controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Nightingale reconoció que la visita de pequeños animales domésticos podría beneficiar al paciente. (33).

2.3 Definición de términos:

- **Prevalencia:** se entiende como el número de casos de una enfermedad o un evento en una población y en un momento dado. (34)
- **Prevalencia de infecciones:** es el número total personas que presentan síntomas o padecen una infección, dividido por la población (pacientes) con la posibilidad de llegar a padecerla durante un periodo de tiempo y un momento específico. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país. (35)
- **Infección Intrahospitalaria:** Se considera una infección intrahospitalaria aquella que no está presente ni incubándose en el

momento de la admisión, pero que se observa durante la estadia hospitalaria o al alta del paciente. La infección usualmente se hace evidente a las 48 horas o más, luego de la admisión al establecimiento de salud. Incluye también las infecciones contraídas en el hospital pero que aparecen después que el enfermo fue dado de alta. (36)

Se consideran también aquellos procesos infecciosos que ocurren hasta 30 días luego del alta para casos post quirúrgicos y hasta un año para casos de implantes protésicos. (37)

- **Hospital Nacional de Salud Nivel III** : establecimiento de Salud pertenece al tercer nivel de atención responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgicos de alta complejidad. (38)
- **Las Intervenciones de Enfermería:** Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".
Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas. Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.
Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes (39)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos:

Las informaciones obtenidas para la presentación de este trabajo académico fueron de la Oficina de Estadística del HNERM, de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del HNERM, de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados.

3.2 Experiencia Profesional:

Mi experiencia profesional empieza en el año 1995 cuando empecé a trabajar en el "Centro de Salud de Ancón", ahí desarrolle labores asistenciales y preventivas promocionales por 9 meses, luego trabaje en la "Clínica Prosalud 2000" por 6 meses en donde realice funciones asistenciales, luego labore en el Centro de Salud "Manuel Bonilla" del Callao, en donde desarrolle actividades preventivo promocionales por 9 meses (desde junio de 1,996 hasta marzo de 1997), después ingrese al Hospital Rebagliati desde abril de 1997 y ahí permanezco laborando hasta la actualidad. Primero empecé trabajando en la unidad de salud ocupacional por un año en donde realice funciones de control de salud al trabajador, prevención de enfermedades ocupacionales y no ocupacionales : lumbalgia, TBC, diabetes, HTA, etc; posteriormente pase a la Unidad de Epidemiología desde el año 1998 hasta la actualidad, en donde laboro en la of. de Inteligencia Sanitaria(nombre que le asignaron desde hace aproximadamente hace 8 años), en esta oficina he realizado actividades como la vigilancia epidemiológica activa (VEA) de las complicaciones intrahospitalarias. Esta VEA era una vigilancia global (reporte de todas las complicaciones infecciosas y no infecciosas) es decir revisé las historias clínicas de todos los pacientes que estaban hospitalizados en los servicios asistenciales que me asignaron, identifiqué y reporté la complicación en la ficha de notificación de complicaciones intrahospitalarias (CIH), luego analicé e interpreté dicha información; con

ese informe se elaboraron los indicadores de salud como: tasa de incidencia, incidencia acumulada, perfil microbiológico de las infecciones así como también participe en la ejecución de los estudios de prevalencia para medir la eficacia de los sistemas de vigilancia epidemiológica, conocer los factores de riesgo a los cuales han sido expuestos los pacientes y finalmente se hacía la difusión y/o retroalimentación de esta información a la dirección del hospital para la toma de decisiones. Considerando que teníamos tasas elevadas de incidencia y prevalencia sobretodo de algunos servicios como cuidados intensivos es que se decidió incorporar desde el año 2002 como estrategia la creación de la Red de Comités de Prevención y Control de Complicaciones Intrahospitalarias del HNERM y trabajar un plan de actividades dirigidos a prevenir y controlar las CIH, con lo cual se logró disminuir las tasas de prevalencia sobretodo en la UCI neonatales y posteriormente se extendió esta idea a otros servicios del HNERM. Asimismo según la normativa del MINSA del año 2005 se incluyó en nuestra VEA la vigilancia de las infecciones por factor de riesgo, es decir somos uno de los hospitales donde todavía se realiza la vigilancia mixta es decir vigilancia global y vigilancia por factor de riesgo, en la global: reporté todas las complicaciones que encontraba entre las infecciosas: neumonías, infecciones del tracto urinario, infecciones de herida operatoria, infecciones del torrente sanguíneo, infecciones de piel, diarreas, entre otras siendo estas las más importantes y las complicaciones no infecciosas como: úlceras por presión, reacciones alérgicas medicamentosas, caídas, etc..) y a la vez también realizamos la vigilancia según factor de riesgo según MINSA, en el año 2005 se aprobó la NT N° 026-MINSA/OGE-V.01, Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias, mediante la Resolución Ministerial N°179-2005/ MINSA, hecho que marcó la institucionalización de este tema en el país; este documento técnico definió que la vigilancia debería ser activa, selectiva y focalizada teniendo en cuenta factores de riesgo

como: ventilador mecánico, catéter urinario permanente, catéter venoso central en los servicios de UCI y medicina, Bypass aorto coronario, colecistectomía, hernioplastia en servicios quirúrgicos y otros factores de riesgo determinados en servicios focalizados (**anexo 1**) lo cual hizo que haga un monitoreo más continuo durante mi VEA porque tenía que seguir a los pacientes que son sometidos a estos factores de riesgo y a la vez para poder contar con toda esta información e intervenir oportunamente.

En esta oficina también he participado en los subsistemas de mortalidad hospitalaria, de cáncer, en la elaboración de boletines epidemiológicos, etc.

En el año 2014 fui asignada a participar como miembro del comité local de Infecciones del HNERM (**anexo 2**) en la cual trabajé con el equipo multidisciplinario que estaba conformado por un médico infectólogo, un representante de calidad, un representante de epidemiología, y un representante de microbiología. Los aspectos básicos que como miembro de comité desarrollamos fueron: diagnóstico de la situación de salud, manejo de brotes, desinfección y esterilización, uso racional de desinfectantes y antisépticos, sistema de aislamiento hospitalario, uso racional de antimicrobianos, prevención y control de infecciones intrahospitalarias en trabajadores de salud, supervisar el manejo de los residuos sólidos.

Dentro de las funciones que como enfermera de epidemiología desarrollé en el Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias figuran las siguientes: evalué el cumplimiento de las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica, revisé periódicamente la información epidemiológica con el fin de detectar brotes epidémicos, participé en el manejo de los brotes epidémicos y en la planificación e implementación de los planes locales de prevención y control de IIH, en la elaboración de guías (guía de limpieza y desinfección hospitalaria para casos de infecciones por *acinetobacter baumannii*) (**anexo 3**), así como también participe en la supervisión del cumplimiento de esta guía y de otras

normas y procedimientos en relación al tema de IIH, asimismo realice las capacitaciones en relación a temas de bioseguridad hospitalaria.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Teniendo en cuenta la envergadura del Hospital Nacional Nivel III EsSalud, el cual es el centro hospitalario más grande de la seguridad social, cuenta con 1,800 camas, se caracteriza por ser altamente especializado, muy complejo, con alta capacidad resolutive de patologías agudas y crónicas, también cuenta con una infraestructura muy sofisticada y con insumos de calidad; a pesar de contar con todo lo anteriormente mencionado, y de realizar la vigilancia epidemiológica activa y de intervenir oportunamente en el caso de que se presenten las IIH, se tiene una prevalencia de las infecciones de 11.33% en las diferentes áreas y especialidades como medicina, pediatría, cirugía, cuidados intensivos y emergencias; siendo las Neumonía, la IIH prevalente ocupando el primer lugar de todas las infecciones reportadas en los servicios clínicos y quirúrgicos, y el servicio en donde se presentaron el mayor número de IIH fue la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los procesos y/o actividades que la enfermera de la oficina de inteligencia sanitaria realizó para el control de la prevalencia de las IIH son:

- Difusión del Manual de Bioseguridad del HNERM - EsSalud 2015 en el hospital, posteriormente se realizó la capacitación de estas normas al personal asistencial de los servicios(**anexo 4**).
- Supervisé y monitorize el cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad: durante la VEA se verifica que el personal asistencial cumpla con la principal medida para la prevención y control de las IIH que es la **“higiene de manos”** realizando el método convencional con agua y jabón antiséptico; que aplique los **“5**

momentos de la higiene de manos” o se realice la **higiene de manos con alcohol gel.**

1a.Primero se observa que el personal cumpla con las condiciones previas para realizar este procedimiento: las uñas tienen que estar cortas y sin esmalte, manos sin joyas, reloj, alhajas y sin presencia de lesiones dérmicas.

1b.Luego se verifica que el servicio se encuentre dotado con los insumos para realizar el lavado de manos: papel toalla, jabón antiséptico y alcohol gel.

1c.Asimismo se superviza y monitoriza el adecuado funcionamiento de los circuitos y dispensadores de jabón líquido, los dispensadores de papel toalla, y se verifica que los frascos de alcohol gel se encuentren vigentes, con la finalidad de garantizar la operatividad de los mismos, al momento de realizar el monitoreo de higiene de manos frecuentemente se realiza esta actividad, ya que en caso de encontrar algún desperfecto se coordina directamente con la jefatura de enfermería para solicitar al laboratorio encargado de proveer el producto que realice la reparación de los equipos y los cambios pertinentes.

1d.También se realizó la supervisión de la colocación y/o permanencia de los afiches y/o señalizaciones alusivos a la higiene de manos con los pasos de la técnica correcta según la OMS y con los 5 momentos para higiene de manos los cuales han sido colocados en lugares estratégicos como en los tópicos, lavaderos, sala de examen de pacientes, etc. **(anexo 5)**, frecuentemente durante la VEA se monitoriza que estos afiches se encuentren en los lugares indicados y siempre se les está haciendo la consulta al personal

acerca de la técnica correcta de higiene de manos a manera de recordatorio.

1e. Finalmente teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, este procedimiento tiene que ser realizado obligatoriamente por todo el personal asistencial antes y después de atender a un paciente, antes y después de realizar una técnica aséptica como por ejm: al momento de colocar una vía periférica, un cvc, una sonda Foley, realizar curaciones de heridas, aspiración de secreciones bronquiales, brindar confort y movilizar a los pacientes, etc. En el caso de que algún trabajador desconozca o incumpla con algunos de los pasos de este procedimiento, se interviene en ese momento sosteniendo una entrevista y se le realiza la retroalimentación respectiva y luego se les informa a los jefes de servicio de la actividad realizada.

- Monitorizé y verifique el uso correcto de los equipos de protección personal (EPP), gorro, mascarilla, mandilón, botas, lentes, etc., según sea el caso de la atención al paciente, al respecto primero se les capacita acerca del adecuado uso de estos EPP.
- Verifiqué el adecuado manejo de los residuos sólidos hospitalarios teniendo en cuenta desde la etapa del acondicionamiento, monitorizando que los recipientes se encuentren operativos con las respectivas bolsas según código de colores, rojo: para desechos biocontaminados, negro: para residuos comunes y amarillos para residuos especiales y radioactivos, asimismo se supervisa que los desechos punzocortantes sean segregados en recipientes rígidos y que no sobrepasen la 1/3 parte del contenido del recipiente, todas estas actividades se realizan en coordinación con las jefaturas de los servicios, Comité local de control de IHH y la red de comités de prevención y control de las complicaciones intrahospitalarias. In situ

durante la VEA, de observarse que no se cumple correctamente con lo antes mencionado, se les brinda educación al respecto y se coordina con la Of. De Saneamiento ambiental para que los capacite acerca de algunos conceptos y/o dudas que pudieran tener.

- Supervisé el cumplimiento estricto de las medidas de aislamiento hospitalario según sea el caso del paciente, puede ser aislamiento de contacto, por gotitas, por aerosoles, invertido o protector. En cualquiera de estos casos de presentarse una infección por un germen que requiere un tipo de aislamiento se dan todas las medidas y se coloca la cartilla de aislamiento en la historia clínica del paciente y se realiza un monitoreo más continuo para verificar que se cumplan las recomendaciones que se han dado (**anexo 6**), así como también se verifica que cuenten con todos los insumos necesarios para atender a los pacientes, esto se realiza en coordinación con las jefaturas de servicio, con el personal asistencial, con el comité de prevención y control de IIH y con el personal que realiza la limpieza, de ser el caso de una IIH por algún germen multirresistente se coordinó con Saneamiento ambiental para que envíen a un equipo especializado para la limpieza y desinfección respectiva.
- Supervisé el cumplimiento adecuado de la limpieza y desinfección hospitalaria: se verifica in situ en los servicios el tipo de detergente y el desinfectante que emplean el personal de limpieza para limpiar los ambientes del hospital, como realizan el procedimiento, así como también se verifica como se realiza la limpieza y desinfección de la unidad del paciente lo cual se encuentra a cargo del técnico de enfermería.
- Con los datos de la prevalencia se detectaron las IIH prevalentes, en algunos casos se encuentra el reporte de los cultivos microbiológicos en la historia clínica, en el caso de evidenciarse la presencia de gérmenes multirresistente y si los médicos tratantes

todavía no han realizado la interconsulta respectiva al servicio de infectología, se le sugiere que lo haga lo más pronto posible para que ellos realicen el estudio de la resistencia bacteriana y puedan tener en cuenta el tipo de antibiótico adecuado que va a recibir el paciente, monitoreo de los días de tratamiento, la efectividad del mismo y a la vez solicitarle los controles respectivos, asimismo se coordina con farmacia para saber si contamos con el medicamento en stock; con la jefatura (médico y de enfermería) y con el equipo de enfermería para todos estar alertas frente a estos casos y hacer el seguimiento respectivo.

- He realizado capacitaciones en los diferentes servicios del hospital sobre: Bioseguridad hospitalaria, Higiene de manos, Aislamiento hospitalario, limpieza y desinfección intrahospitalaria, Infecciones Intrahospitalarias, Prevalencia de Infecciones IH.
- He realizado talleres de lavado de manos en los servicios asistenciales: higiene de manos convencional usando agua y jabón (**anexo 7a**), higiene de manos con el alcohol gel (**anexo 7b**), taller de manitos pintadas (**anexo 7c**), también se realizan talleres de higiene de manos con proyección a la comunidad en las ferias de la salud en el HNERM (**anexo 7d**).
- Durante la VEA diaria se realizó la supervisión de la colocación y/o permanencia de los afiches y/o señáleticas alusivos al cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad. (**anexo 8**).
- Participé en las rondas de seguridad del paciente en conjunto con la oficina de Gestión de Calidad y Control interno en donde los ítems a evaluar fueron: cumplimiento de higiene de manos, cuidado de catéteres, cumplimiento de las medidas de aislamiento, aplicación correcta de las barreras de bioseguridad, y al final de esta actividad se informó a los jefes de servicio los ítems que se han evaluado y se dan las recomendaciones respectivas, asimismo de ser necesario se

coordina una proxima reunión para el levantamiento de las observaciones realizadas **(anexo 9)**.

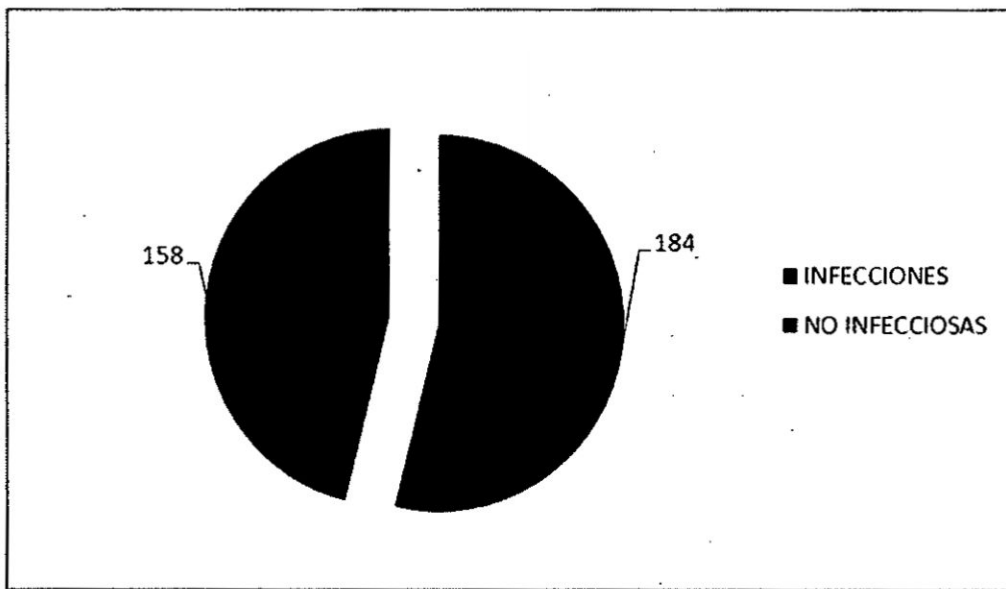
- Al realizar mi VEA diaria y detectar algún déficit en cuanto al abastecimiento de los insumos médicos y biomédicos se realizan las coordinaciones con la jefatura de enfermería del servicio y con el servicio de almacén hospitalario para la adecuada dotación de los mismos.
- Verificación del cumplimiento de la Resolución de Gerencia General N°755-GG-EsSalud-2011. Directiva de Gerencia General N°013 GG-EsSalud-2011 “ Normas generales para el desarrollo del programa de pre grado en el seguro social de salud - EsSalud” **(anexo 10)**. ya que es muy importante que se cumpla con esta directiva y que no se excedan el número de alumnos que pueden rotar por los servicios asistenciales según lo que esta normado, ya que su incumplimiento podría trasgredir las normas de bioseguridad. Al ingreso de este equipo de practicantes también se les brinda las charlas de higiene de manos y de la aplicación correcta de las medidas de bioseguridad.

Con todas estas medidas adoptadas podemos deducir que las IIH pueden prevenirse o controlarse, esto lo podemos corroborar con las tasas de incidencia y con los estudios de prevalencia la cual se realiza una vez al año y nos permite determinar los factores de riesgo a los cuales están estuvieron expuestos los pacientes y medir la sensibilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica, es así que la prevalencia del año 2015 arrojó una tasa del 11.33% cifra menor a la del 2014(14.81%) (gráfico N° 2) con lo cual podemos deducir que las intervenciones de enfermería en la prevención y control de las IIH han sido efectivas ya que los datos así lo revelan.

IV. RESULTADOS

GRAFICOS

GRAFICO N° 4.1
DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS
Y NO INFECCIOSAS HNERM-DIC. 2015



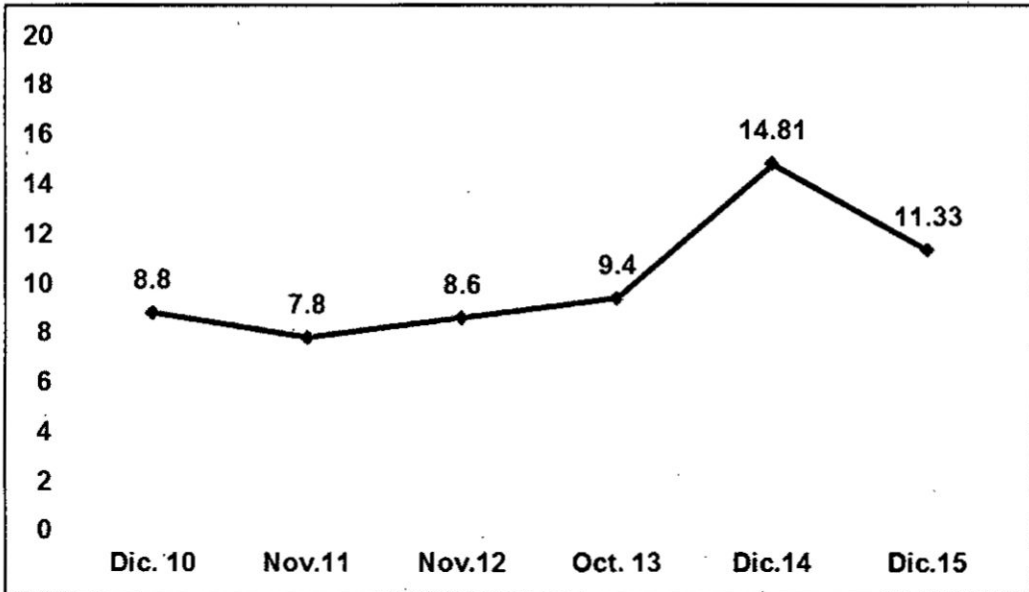
Fuente: OIS- HNERM

TOTAL DE PACIENTES: 1624

De los 1624 pacientes hospitalizados, 184 (54%) tuvieron complicaciones infecciosas y 158 (46%) complicaciones no infecciosas respectivamente.

GRAFICO N° 4.2

TASA DE PREVALENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS. HNERM. 2015

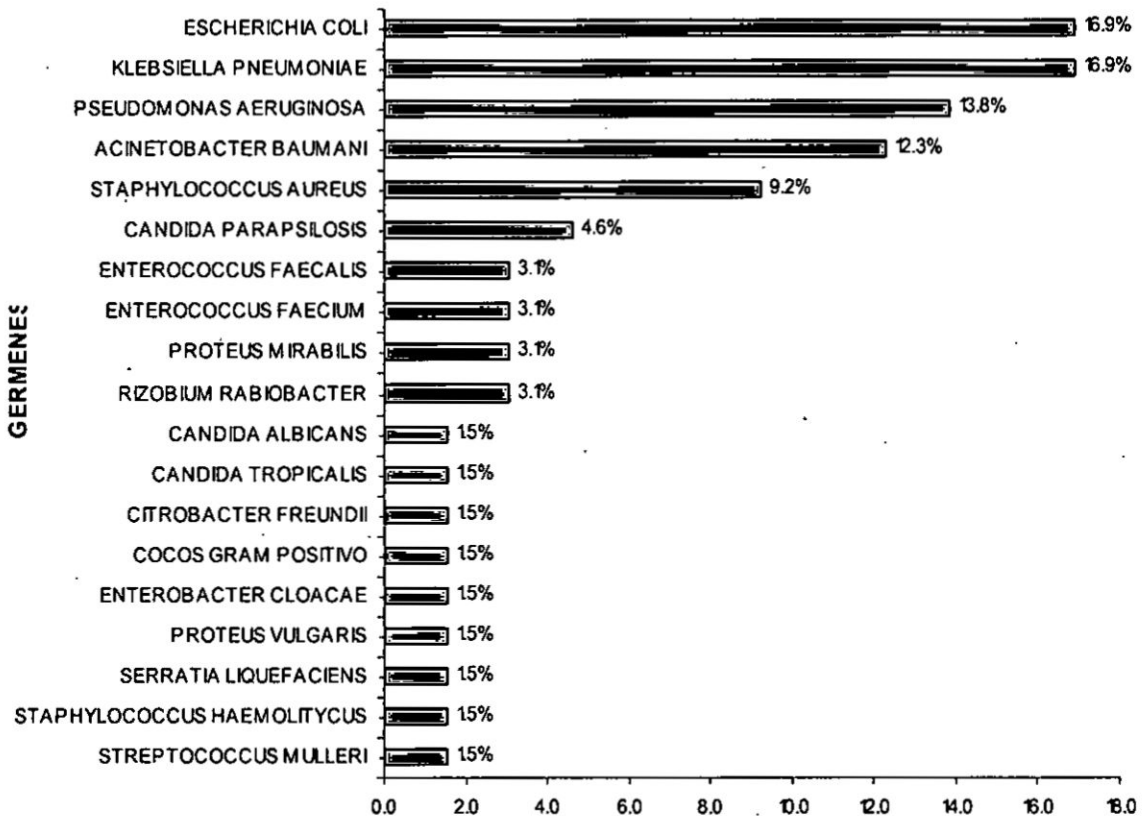


Fuente: OIS- HNERM

El Grafico N° 2 muestra la tasa de Infecciones intrahospitalarias comparativamente según los estudios de prevalencia de los últimos 5 años.

GRÁFICO N° 4.3

PREVALENCIA DE GÉRMENES EN INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS. HNERM DIC. 2015



Fuente: OIS- HNERM

El estudio de prevalencia mostró que los gérmenes más prevalentes encontrados en las IIH fueron: Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomona aeruginosa y Acinetobacter baumannii, haciendo un total del 60%.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA N° 4.1
TASA DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS
HNERM. DIC. 2015

Gerencias del HNERM	Total Pacientes	Infecciones	No Infecciosas	Tasa IIH	Tasa CNI	Tasa Total
Clínica	960	127	105	13.23	10.94	24.17
Quirúrgica	664	57	53	8.58	7.98	16.57
Total General	1624	184	158	11.33	9.73	21.06

Fuente: OIS- HNERM

La tasa de Infecciones Intrahospitalarias según eventos encontrados es mayor que las no infecciosas. La Gerencia clínica mostró una mayor tasa de IIH intrahospitalarias en relación a la Gerencia Quirúrgica. La tasa de Infecciones fue 11.33% según esta prevalencia.

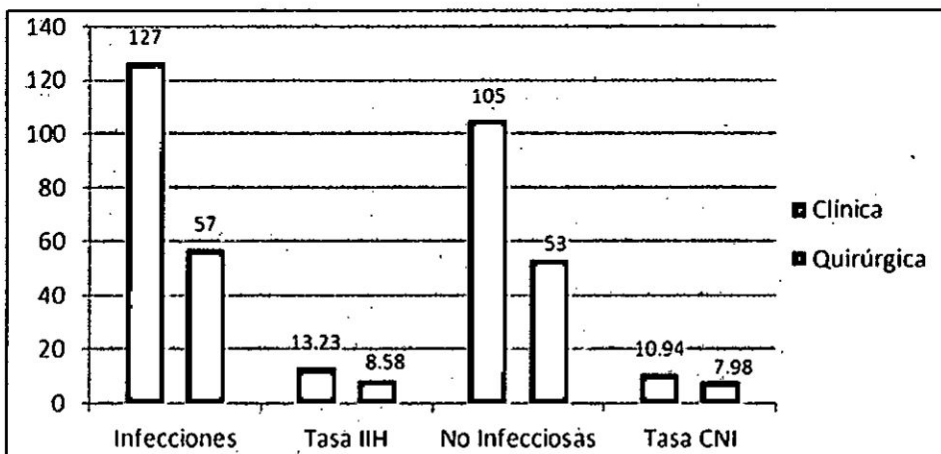


TABLA N° 4.2
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (%) SEGÚN TIPO y
GERENCIA- HNERM. DIC. 2015

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	CLÍNICA	QUIRÚRGICA	TOTAL	%
Neumonía	44	12	56	30.43
ITU	34	14	48	26.09
Otras IIH	14	5	19	10.33
Sepsis Clínica	14	1	15	8.15
ISQx. Superficial	3	11	14	7.61
Infección del Torrente Sanguíneo	9	2	11	5.98
Infección de vías respiratorias bajas	6	4	10	5.43
ISQx. Profundo	2	3	5	2.72
Endometritis		3	3	1.63
Ventriculitis	1	2	3	1.63
Total general	127	57	184	100

Fuente: OIS- HNERM

Las Neumonías 56 (30.43%) ocupan el 1er. lugar de las IIH reportadas, seguidas por las infecciones del tracto urinario 48(26.09%) y otras IIH (Flebitis, EDA, Conjuntivitis e infecciones de la piel), y la Sepsis Clínica son las que se registraron en el estudio de prevalencia, haciendo un total del 66.85%.

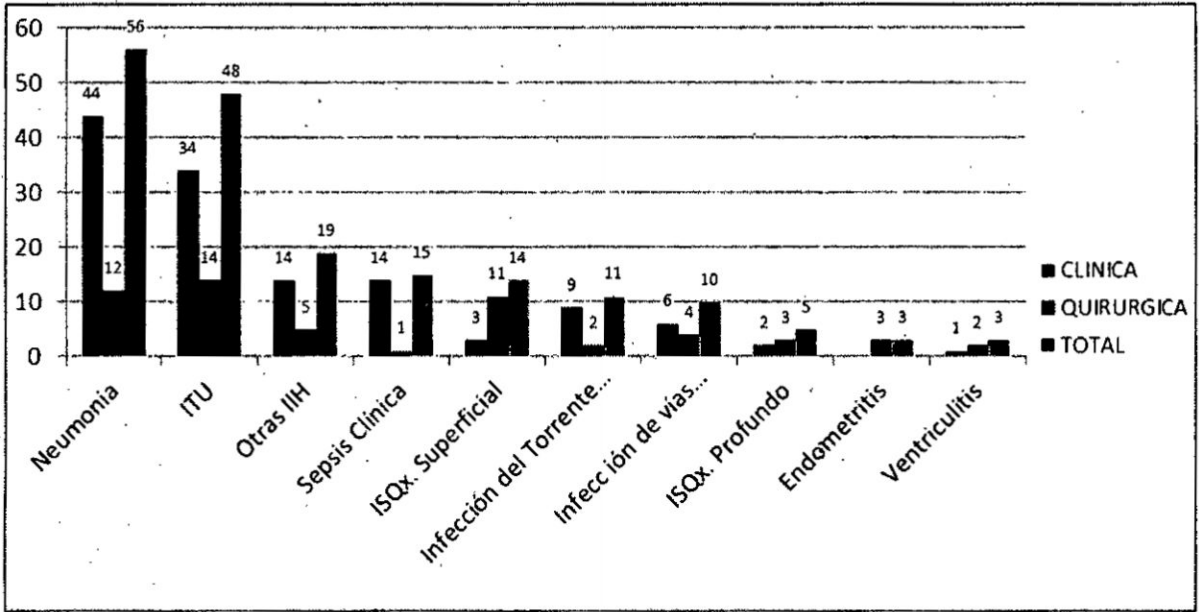


TABLA N° 4.3
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (%) POR SERVICIOS SEGÚN
GERENCIA CLÍNICA. HNERM.DIC.2015

SERVICIOS	NRO.	%
Cuidados Intensivos	44	34.65
Medicina Interna	42	33.07
Especialidades Médicas	14	11.02
Oncología y RT	8	6.30
Aparato Digestivo	6	4.72
Neurología	5	3.94
Emergencia	5	3.94
Salud Mental	3	2.36
Total general	127	100

Fuente OIS HNERM

Los servicios de Cuidados Intensivos (35%), ocupan el 1er, lugar donde se reportaron las IIH, seguidos por los servicios de Medicina Interna (33%) y las Especialidades Médicas (11%) haciendo un total del 78% del porcentaje acumulado de los servicios donde ocurrieron las IIH.

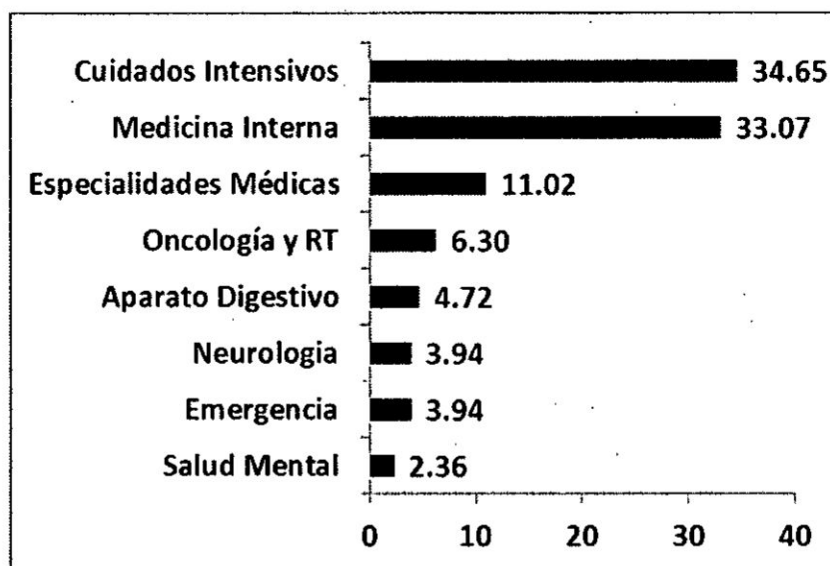


TABLA N° 4.4
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (%) POR
SERVICIOS SEGÚN GERENCIA QUIRÚRGICA – HNERM.DIC. 2015

SERVICIOS	NRO.	%
Neurocirugía	13	22.80
Ginecología y Obstetricia	12	21.05
Ortopedia y Traumatología	11	19.30
Unidad de Trasplantes	8	14.04
Cirugía de Colón y Esófago	5	8.77
Cirugía Pediátrica	4	7.02
Cirugía de Tórax y C.V.	2	3.51
Urología	2	3.51
Total General	57	100

Fuente OIS HNERM.

Los servicios de Neurocirugía (22.80%), Ginecología y Obstetricia (21.05%), Ortopedia y Traumatología y la unidad de Trasplantes (14.04) tienen un porcentaje acumulado de 77% sobre el total de IIH.

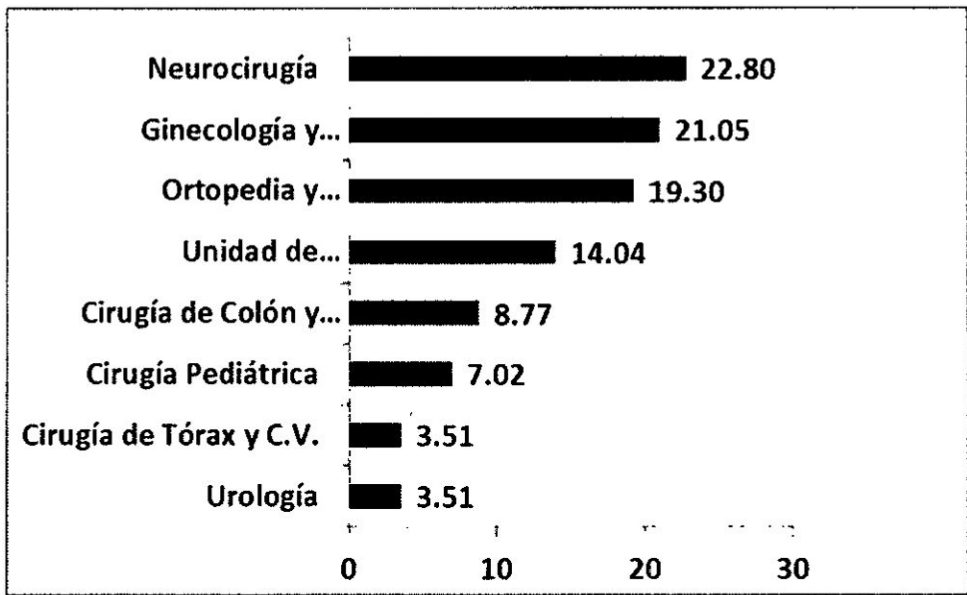


TABLA N° 4.5
ESTANCIA HOSPITALARIA Y RIESGO DE INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS HNERM. DIC. 2015

ESTANCIA HOSPITALARIA	OR	IC 95%
0-7 días	0.15	0.098 - 0.242
8-14 días	1.05	0.711 - 1.536
>_ 15 días	4.50	3.228 - 6.282

El estudio de prevalencia demuestra que la estancia hospitalaria es un factor de riesgo para adquirir una infección intrahospitalaria. La estancia hospitalaria mayor de 15 días presenta una mayor fuerza de asociación con las IIH. Los pacientes con estancia mayor de 15 días tienen una probabilidad de 4 a 4.5 veces más de adquirir una IIH que las estancias de 0-7 y 8-14 días.

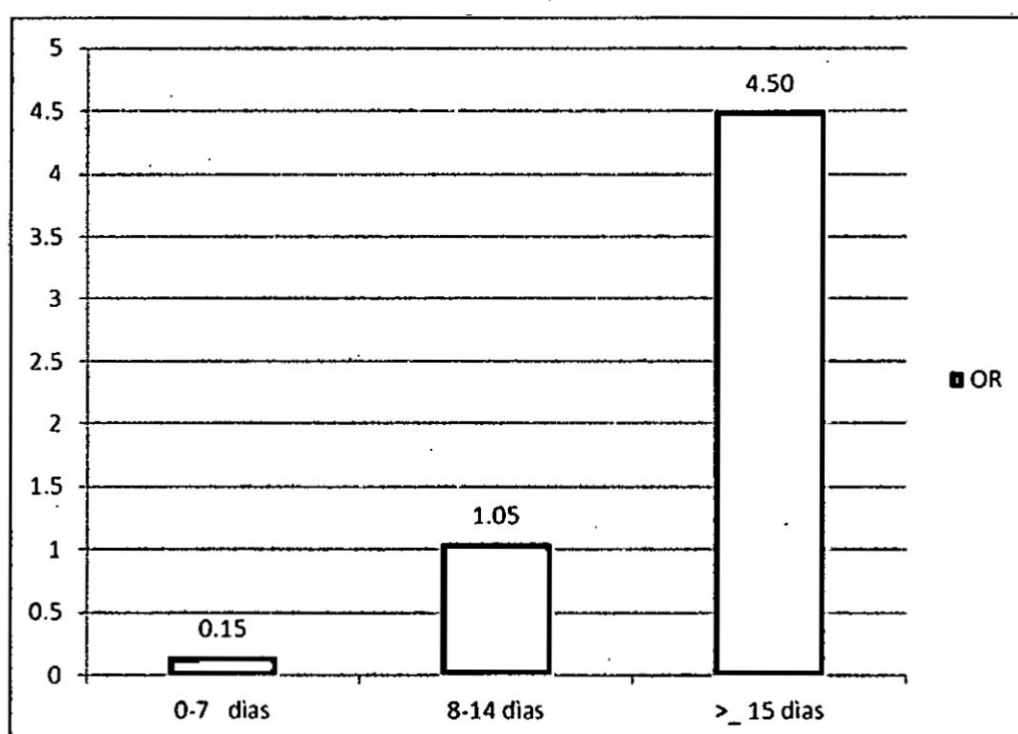
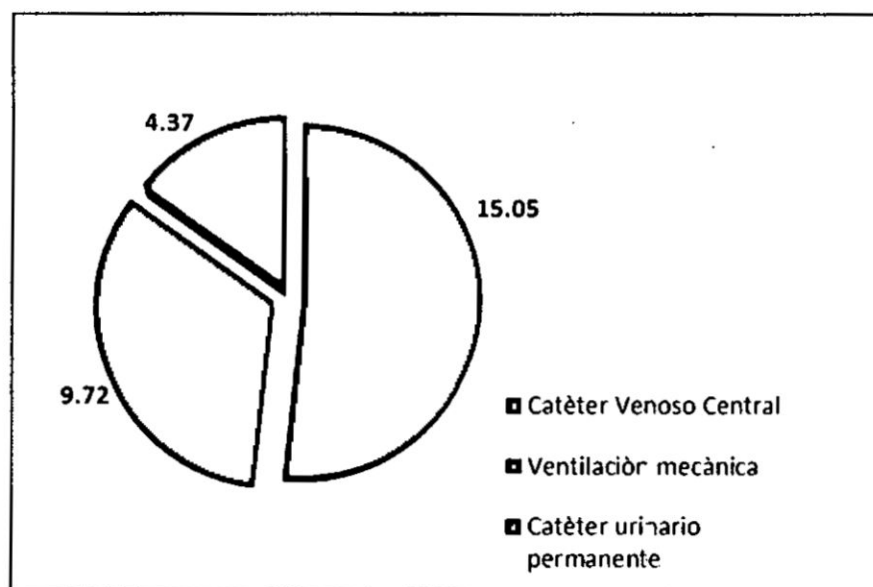


TABLA N° 4.6
DISPOSITIVOS INVASIVOS Y RIESGO DE INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS
HNERM DIC. 2015

VARIABLE	OR	IC 95%
Catéter Venoso Central	15.05	4.36 - 51.95
Ventilación mecánica	9.72	4.99 - 18.9
Catéter urinario permanente	4.37	2.05 - 9.34

Fuente: OIS-HNERM

En el análisis por asociación (OR), el uso de dispositivos invasivos se asoció a un incremento en la probabilidad de adquirir una IIH. El catéter venoso central presentó una mayor fuerza de asociación (OR=15.05), es decir los pacientes que tienen un CVC tienen 15 veces más la probabilidad de adquirir una infección de torrente sanguíneo que aquel que no la tiene. El uso de ventilación mecánica (OR=9.72), y el uso de catéter urinario permanente (OR=4.37) no se asociaron de manera significativa a las IIH.



V. CONCLUSIONES

- a) En el HNERM la prevalencia de IIH del año 2015 fue de 11.33%, a pesar que es menor en relación al año 2014, todavía la cifra es superior a nivel nacional e internacional.
- b) La Neumonía es la IIH prevalente con 56 casos (30.43%) en relación a las otras IIH reportadas y más frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos y en Neurocirugía.
- c) La intervención de enfermería se realiza oportunamente en el momento que se realiza la vigilancia epidemiológica activa, se dan las pautas, estrategias y/o recomendaciones para el control de las infecciones intrahospitalarias a los gestores del hospital y al equipo de salud involucrado y se monitoriza estrictamente el cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Que la Gerencia general del HNERM de cumplimiento estricto del Manual de Bioseguridad del HNERM (2015) y que se continúen con las capacitaciones en relación a la aplicación correcta de estas normas.
- b) Cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad para disminuir los casos de Neumonías.
- c) Sensibilizar e involucrar a los gestores del HNERM: director y jefes de servicio en la implementación y supervisión de las medidas de prevención y control de las IIH; al equipo de salud y usuarios (pacientes, familiares y público en general) para el cumplimiento estricto de las medidas, así como también fortalecer la Red de comités de prevención y control de IIH en todos los servicios asistenciales del HNERM.

VII. REFERENCIALES

1. OSTROWSKY B. Epidemiology of Health care - Associated Infections. In: Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. UNAHUALEKHAKA, Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención de salud. Conceptos básicos de control de infecciones. [Online]. [cited 2016 12 18. Available from: HYPERLINK "http://theific.org/basic_concepts/spanish/IFIC%20Spanish%20Book%2013_ch3_PRESS.pdf"
http://theific.org/basic_concepts/spanish/IFIC%20Spanish%20Book%2013_ch3_PRESS.pdf.
3. PUJOL M LE. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin. [Online].; 2016 [cited 28 05 2013. Available from: HYPERLINK "<http://www.elsevier.es>" <http://www.elsevier.es>.
4. Sociedad española de Medicina Preventiva Salud Publica e Higiene, estudio EPINE 2012 y encuesta puntual de prevalencia en los hospitales de agudos de Europa (EPPS) protocolo.. [Online]. Available from: HYPERLINK "<http://hws.vhebron.net/epine/>"
<http://hws.vhebron.net/epine/>.
5. GARDAM M, LEMIEUX C, REASON P, et. Al, Healthcare Associated Infections as Patient Safety Indicators. Healthcare Papers.Vol 9. No 3..
6. Estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias del MINSA-Perú. ; 2015.
7. Estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias del HNERM. ; 2015.

8. YAGUI MOSCOSO, Martín Javier Alfredo. Director General Dirección General de Epidemiología PROTOCOLO: ESTUDIO PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS MINSA PERU. ; 2014.
9. CASTRO RODRÍGUEZ A,. Rol del personal de enfermería en lka prevención de infecciones nosocomiales. Título de Auditor en Salud, Universidad Ces Facultad de Medicina Salud Pública Medellin ; 2014.
10. J. VAQUÉ y Grupo de Trabajo EPINE. en su estudio de "Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en ESPAÑA (EPINEEPPS 2012)". In.
11. TORRES GARCÍA Margarita GGBAGPMTGJGJEVVMGD. "Estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales (IN) en una unidad médica de alta especialidad" . In. México; 2009.
12. MIRANDA LEVGyTL. In 1029-3019 MMvOII, editor. Prevalencia de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en hospitales provinciales de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba ARTÍCULO ORIGINAL: EDISAN vol.17 no.12 ; 2013.
13. ORTEGA FRANCO Carolina del Carmen JSSRMJADJdJ. In "Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención". México; 2013.
14. QUISPE PARDO ZE. "Prevalencia de infecciones Intrahospitalarias del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo". ESSALUD.. In. Perú; 2015.
15. SALAZAR RAMÍREZ NE. In "Prevalencia puntual de infecciones intrahospitalarias del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo". EsSalud. Chiclayo - Perú ; 2011.
16. Informe Final del Estudio de Prevalencia de Punto de Infecciones Intrahospitalarias Hospital Santa Rosa. In.; 2012.

17. HIDALGO LFEMJAFS. Prevalencia de infecciones hospitalarias en un hospital peruano de nivel IV. In (Rev. Med.Hered.2011; 22:76-81).; 2008.
18. CDC/NHSN Surveillance Definition of Healthcare-Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting. ; 2013.
19. HORAN T, ANDRUS M, DUDECK MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control. 2008;36(5):309-32..
20. Organización Panamericana de la salud (OPS). Una atención más limpia es una atención más segura. [Online].; 2009 [cited 2016 Mayo]. Available from: [HYPERLINK "http://www.who.int/gpsc/background/es/i%20index.html."](http://www.who.int/gpsc/background/es/i%20index.html)
[http://www.who.int/gpsc/background/es/i ndex.html.](http://www.who.int/gpsc/background/es/i ndex.html)
21. Organización Panamericana de la salud. Una atención más limpia es una atención más segura. [Online]. [cited 2016 Septiembre]. Available from: [HYPERLINK "http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html."](http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html)
[http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html.](http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html)
22. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, módulo III. [Online]. [cited 2016 Agosto 22]. Available from: [HYPERLINK "http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_%20docman&task=doc_view&gid=22315&Itemid="](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_%20docman&task=doc_view&gid=22315&Itemid=)
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com docman&task=doc view&gid=22315&Itemid=.](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com docman&task=doc view&gid=22315&Itemid=)
23. ZOUTMAN DE, FORD BD, BRYCE E, GOURDEAU M, Hebert G, HENDERSON E, et al. The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals. Am J Infect Control

2003;31(5):26672; discussion 72-3..

24. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, módulo III. [Online]. [cited 2016 Noviembre 04]. Available from: HYPERLINK "http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_%20docman&task=doc_view&gid=22315&Itemid=" [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22315&Itemid=.](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22315&Itemid=)
25. ROSENTHAL VD, MAKI DG, SALOMAO R, et al. Device associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. Ann Intern Med. 2006 Oct 17; 145(8):582-91...
26. ECDC. Annual epidemiological report 2014- Antimicrobial resistance and health care associated infections. [Online]. [cited 2015 Noviembre]. Available from: HYPERLINK "http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-annual-epidemiologicalreport.pdf" <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-annual-epidemiologicalreport.pdf>.
27. MINSA. Manual de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) y normas del programa nacional de IIH; 2004, 2da Ed, Perú. [Online]. [cited 2015 07 01]. Available from: HYPERLINK "http://web.minsal.cl/portal/url/item/918f1%20de4a29106ae04001011e016773.pdf" <http://web.minsal.cl/portal/url/item/918f1de4a29106ae04001011e016773.pdf>.
28. MINSA. NT N° 026-MINSA/OG.E. V.01 NORMA TECNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.. 2004..
29. Estudio de prevalencia. [Online].; 2015.

30. PROTOCOLO: ESTUDIO PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DGE MINSA PERU. ; 2014.
31. DOCHTERMAN J. Bulechek G. (Eds). Nursing Interventions classification (NIC) ed. St. Louis Mosby 4th. EE.UU. ; 2004.
32. Rev. Cubana Enfermería vol.27 no.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2011 Dra. C. Omayda Urbina Laza..
33. [Online]. [cited 2017 abril 21]. Available from: HYPERLINK "file:///C:\\Users\\pc2345\\Desktop\\EI%20Cuidado_%20Florence%20Nightingale.html" C:\\Users\\pc2345\\Desktop\\EI Cuidado Florence Nightingale.html .
34. [Online].; 2018 [cited 2018 Julio 4]. Available from: HYPERLINK "https://sameens.dia.uned.es/Trabajos6%20/Trabajos.../PREVALENCIAPUNTUAL.htm" https://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos./PREVALENCIAPUNTUAL.htm .
35. Enciclopediasalud.com (Última actualización: 16/02/2016).. [Online].; 2016 [cited 2016 febrero 16]. Available from: HYPERLINK "file:///E:\\Enciclopediasalud.com" Enciclopediasalud.com .
36. Protocolo: estudio prevalencia de infecciones intrahospitalarias peru. [Online]. [cited 2016 Octubre 18]. Available from: HYPERLINK "https://www.minsa.gob.pe/.../observatorio/.../infecciones/Protocolo%20Estudio%20de" https://www.minsa.gob.pe/.observatorio/.infecciones/Protocolo%20Estudio%20de .
37. [Online].; 2018 [cited 2018 Julio 05]. Available from: HYPERLINK "file:///E:\\www.elsevier.es\\es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-0009739X12603519-S300%20Document%20downloaded%20from%20http:\\www.elsevier.es"

[www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-](http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-0009739X12603519-S300)

[0009739X12603519-S300 Document downloaded from http://www.elsevier.es](http://www.elsevier.es)

<http://www.elsevier.es>.

38. Norma Técnica Categorías de Establecimientos de Sector Salud N° 0021 DGSP V.01. ; 2004.
39. VARAS C, Jorge (1), DEMETRIO R, Ana María (2), GAYÁN Patricio B (3). INVESTIGACIÓN), Infecciones Intrahospitalarias- Medidas de intervención (ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN). In REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE. VOL 3 (1).; 2008. p. 35-41.

ANEXOS

ANEXO 1
VIGILANCIA POR FACTOR DE RIESGO

IPRESS (Tercer Nivel de Atención)		
FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS	IAAS POR FACTOR DE RIESGO SELECCIONADO	SERVICIOS FOCALIZADOS
Ventilador Mecánico	Neumonía	UV , UCI y UCIN GENERAL UVI, UCI y UCIN PEDIATRIA UVI, UCI y UCIN NEONATOLOGIA
Catéter venoso central (*)	Infección del Torrente Sanguíneo	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)
Hernioplastia (Laparoscópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	CIRUGIA GENERAL
Colecistectomía(Laparoscópica y por Laparotomía)	Infección de Sitio Quirúrgico	
Hernioplastia (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
Infección de episiotomía	Episiotomía	OBSTETRICIA
Enterocolitis necrotizante		UCI y UCIN NEONATOLOGIA
Meningitis		UCI y UCIN NEONATOLOGIA NEUROCIRUGIA
Onfalitis		NEONATOLOGIA
Conjuntivitis		NEONATOLOGIA

** UCI Adulto incluye toda UCI que preste servicios a pacientes adultos críticamente enfermos, tales como: UCI cardiovascular, quirúrgica, médico/quirúrgica, trauma, ginecobstetricia, neuroquirúrgica, quemados, oncológica, entre otras.

ANEXO 2

RESOLUCIÓN DE COMITÉ LOCAL DE CONTROL DE IIH 2014

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo **Seguro Social y Salud**
ESSALUD

"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

RESOLUCION DE GERENCIA DE RED ASISTENCIAL REBAGLIATI N° 76 GRAR-ESSALUD-2014

Lima, **21 ENE 2014**

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, mediante Carta Circular N° 374 -2013-0001-EPI.U.VEA/DISA.V.L.C., de fecha 12 de Junio 2013, el Director General del Ministerio de Salud V Lima Ciudad, manifiesta que en cumplimiento a la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE "Directiva sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias", realizó en el mes de Abril la supervisión de la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias en el Establecimiento de Salud de la Red Rebagliati; ante lo cual, solicita el plan de intervención para el levantamiento de las observaciones realizadas según acta de supervisión adjunta;

Que, mediante Carta N° 466 -OGyD-GRAR-ESSALUD-2013, la Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Rebagliati, en mérito a la Supervisión realizada por el Ministerio de Salud, sugieren como medida a implementar la conformación de un Comité Hospitalario de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias;

Que, la Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 753-2004, en el Artículo 2, establece la conformación de un Comité Local de Control de Infecciones Intrahospitalarias, y en el numeral 2.1 de la citada norma se establece las funciones del citado Comité;

Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 546 -PE-ESSALUD-2011 de fecha 22 de Julio del 2011, se aprueba la Estructura Orgánica de la Red Asistencial Rebagliati, la Micro Estructura del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" y el Reglamento de Organización y Funciones de la misma Red;

En merito a la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 906-PE-EsSalud-2013, del 27 de Diciembre del 2013, se resuelve encargar a la doctora Malu Lea Alicia Arias Schreiber a partir del 01 de Enero del 2014, el cargo de Gerente de la Red Asistencial Rebagliati; por lo que en uso de las facultades conferidas y por las razones antes expuestas;

SE RESUELVE:

1. **DESIGNAR** la conformación del Comité Hospitalario de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins", el mismo que estará integrado por:
 - Médico Infectólogo o Médico Especialista
Dr. Darío Zavala Bandan
 - Enfermera de Control de Infecciones Intrahospitalarias
Lic. Diana Estefanía Napa Ulloa
 - Representante de Calidad
Lic. Heidi Peláez Vargas

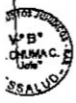
Av. Edgardo Rebagliati N° 490
Jesús María - Lima
T. 2654901

RECEBIDO
24 ENE 2014
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI - INSDSA
GERENTE MALU LEA ALICIA ARIAS SCHREIBER
FECHADO Y FIRMADO
22 ENE 2014



RESOLUCION DE GERENCIA DE RED ASISTENCIAL REBAGLIATI N° 76 GRAR-ESSALUD-2014

- Representante de la Unidad de Epidemiología
Dr. Alfredo Paucar Gutiérrez.
 - Representante del Servicio de Microbiología
Dra. Eiba Linares Contreras
2. **DISPONER** que todas las instancias Administrativas y Asistenciales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, brinden las facilidades necesarias, que permitan el cumplimiento de las funciones encomendadas al Comité.
 3. El Comité Hospitalario de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias; deberá semestralmente remitir a la Gerencia de la Red Asistencial Rebagliati un informe sobre las acciones y medidas realizadas por dicha instancia.
 4. **DEJAR** sin efecto, toas las disposiciones que se opongan a la presente resolución.
 5. **TRANSCRIBIR** la presente Resolución a las Áreas competentes para su difusión a las partes interesadas.



REGISTRESE Y COMUNIQUESE Y CUMPLASE

ESSALUD
 RED ASISTENCIAL REBAGLIATI - HNEH
 Dra. Malu Arias Schröber Berba
 CMP. 21472
 Gerente

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 RED ASISTENCIAL REBAGLIATI - HNEH
 ERNESTO MERRINO OSORIO
 FIRMARIO TITULAR
 RES. N° 605-GRAR-ESSALUD-2013
 22 ENE 2014

CARPA DE INTELIGENCIA SANITARIA
 N° 039 ORS-OGYD-GRAR-ESSALUD

Fecha: 21/01/2014
 Paso a: Intendido

Para:

<input type="checkbox"/> Atención	<input type="checkbox"/> Proyecto de Recupera
<input type="checkbox"/> Opinión e Informe	<input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento y Planes
<input type="checkbox"/> Acta	<input type="checkbox"/> Otro

Dr. ROBERTO ESPINOZA ATAYAMA
 C.A.P. 37555
 Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria
 Red Asistencial Rebagliati
 ESSALUD

Av. Edgardo Rebagliati N° 490
 Jesús María - Lima
 T. 2654901



B12-2013-4058

ANEXO 3
PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBIENTES
PARA PACIENTES CON ACINETOBACTER BAUMANNII EN EL
HNERM

RESOLUCIÓN DE GERENCIA DE RED ASISTENCIAL REBAGLIATI N°

-GRAR-ESSALUD-2015



RED ASISTENCIAL REBAGLIATI

"PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBIENTES
PARA PACIENTES CON ACINETOBACTER BAUMANNII EN EL
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS"

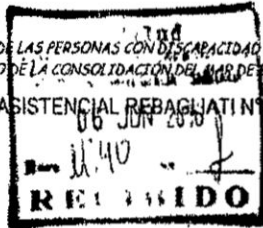
Gerencia de Red Asistencial Rebagliati

2015

RESOLUCION DE GERENCIA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI N° 542-GRAR-ESSALUD-2016

Lima,

VISTA:



La Carta N° 02 - CLCIH-GRAR-EsSalud-2015; el Equipo de Gestión por Procesos de la Red Asistencial Rebagliati da su conformidad a los Procedimientos de "Limpieza y desinfección diaria de ambientes para Pacientes con Acinobacter Baumannii" y "Limpieza y desinfección terminal de ambientes al alta de Pacientes con Acinobacter Baumannii", del Departamento de Enfermería - Área Saneamiento Ambiental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de la Red Asistencial Rebagliati - EsSalud.



Los Procedimientos propuestos por la Oficina de Inteligencia Sanitaria de la RAR, cuenta con la opinión técnica favorable del Equipo de Procesos encargado de la Implementación de la Gestión por Procesos de la Red Asistencial Rebagliati - EsSalud y la visación de la Gerencia Red Asistencial Rebagliati.

CONSIDERANDO:

Que, conforme lo establece la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social, los Centros de Salud que conforman EsSalud deben ofrecer sus servicios a los asegurados de manera ética, eficiente y competitiva;



Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 546-PE-EsSalud-2011, se aprueba la Estructura Orgánica de la Red Asistencial Rebagliati, la Micro Estructura del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" y el Reglamento de Organización y Funciones.

Que, con Resolución de Gerencia General N° 1719-GG-ESSALUD-2011 se aprueba la Directiva N° 027-GG-EsSalud-2011, "Normas para la Formulación del Manual de Procedimientos de los Órganos y Unidades Orgánicas del Seguro Social de Salud (ESSALUD);



Que, mediante Carta N° 02 - CLCIH-GRAR-EsSalud-2015, el Comité Local de Control de Infecciones intrahospitalarias solicita la aprobación de los Procedimientos de "Limpieza y desinfección diaria de ambientes para Pacientes con Acinobacter Baumannii" y "Limpieza y desinfección terminal de ambientes al alta de Pacientes con Acinobacter Baumannii" - EsSalud.



Que, es función y competencia de la Red Asistencial Rebagliati formular y aprobar normas y procedimientos que permitan ofrecer calidad en sus prestaciones y que conlleven al cumplimiento de sus objetivos;

Que, es necesario estandarizar los procedimientos como herramienta de gestión para el cumplimiento de las actividades asistenciales y administrativas en la Red Asistencial Rebagliati.

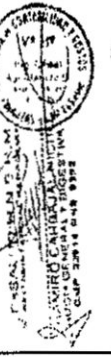
Estando a lo propuesto y en uso de las atribuciones conferidas:

SE RESUELVE:



- 1° APROBAR, los Procedimientos de, "Limpieza y desinfección diaria de ambientes para Pacientes con Acinobacter Baumannii" y "Limpieza y desinfección terminal de ambientes al alta de Pacientes con Acinobacter Baumannii", el cual debe aplicarse a partir de la fecha.
- 2° Es responsabilidad del Gerente de la Red Asistencial, Oficina de Inteligencia Sanitaria, velar por la correcta aplicación de estos procedimientos.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



M.C. MALU ARIAS SCHREIBER BARBA
M.C. MALU ARIAS SCHREIBER BARBA
CNP: 21472
Gerente

ES COPIA DEL ORIGINAL
REGISTRADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE DOCUMENTOS
ESSALUD
31 MAYE 2016
LIR. JUAN... SESES ONOFRE
SESA...

ANEXO 4

MANUAL DE BIOSEGURIDAD DEL HNERM-ESSALUD 2015

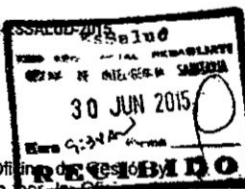
Ministerio de Salud - Promoción del Empleo

RESOLUCION DE GERENCIA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI N° 580-GRAR-ESSALUD-2015

Lima,

VISTA:

26 JUN. 2015



La Carta N° 347-OGyD-GRAR-ESSALUD-2015 a través de la cual la Oficina de Gestión y Desarrollo, solicita la aprobación del Manual de Bioseguridad elaborado por la Oficina de Inteligencia Sanitaria, para su aplicación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

CONSIDERANDO:

Que, a través de la Resolución N° 275-GG-ESSALUD-2001, se aprueba la Directiva N° 012-GG-ESSALUD-2001, la cual establece lineamientos generales para la aplicación del sistema de Bioseguridad en ESSALUD.

Que, mediante Carta N° 362-OIS-OGyD-GRAR-ESSALUD-2015, la Oficina de Inteligencia Sanitaria de acuerdo a sus competencia elabora el Manual de Bioseguridad, que tiene como objetivo general, establecer los criterios técnicos para la aplicación de las medidas de bioseguridad que contribuyan con la disminución del riesgo biológico y la exposición del personal de salud, durante la atención que se brinda a los pacientes asegurados en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Que, de acuerdo con el inciso d) artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Rebagliati, es función de la Oficina de Inteligencia Sanitaria " Planificar, organizar, conducir y desarrollar acciones de Vigilancia en Salud Pública"

En merito a lo dispuesto en el literal j) del artículo 7° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Rebagliati, aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 546-PE-ESSALUD-2012 de fecha 22 de Julio del 2012; así como, a la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 08-PE-ESSALUD-2015 del 05 de Enero del 2015.

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Manual de Bioseguridad del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el mismo que como Anexo forma parte de la presente resolución.
2. **DISPONER**, que la Oficina de Gestión y Desarrollo proceda a la publicación a través del intranet, para conocimiento del personal e instancias de acuerdo a sus competencias.
3. **REMITIR**, copia de la presente Resolución a la Gerencia Central que corresponda para los fines pertinentes.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

ESSALUD
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI - HNERM
M. Quispe
Dra. Malu Arias Schreiber Berba
CMP. 2472
Gerente



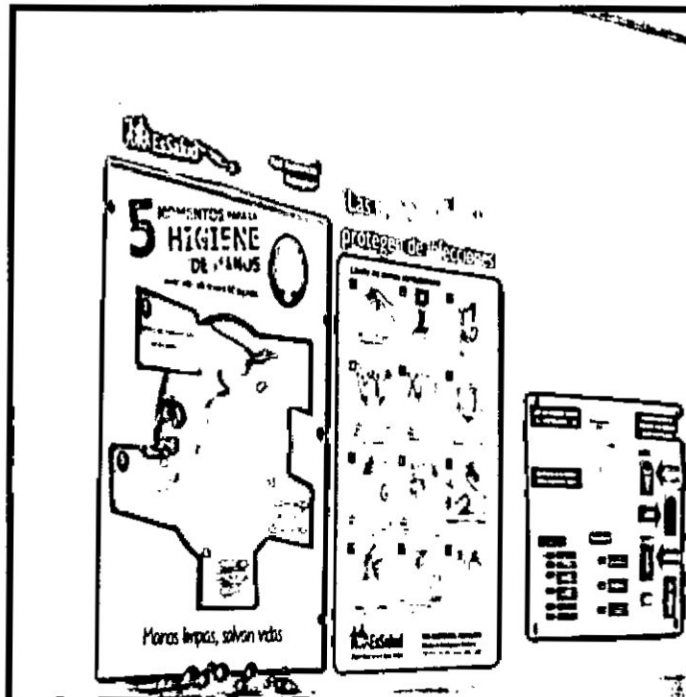
Av. Edgardo Rebagliati N° 490
Jesús María - Lima
T. 2654901

NIT: 838-2015-150

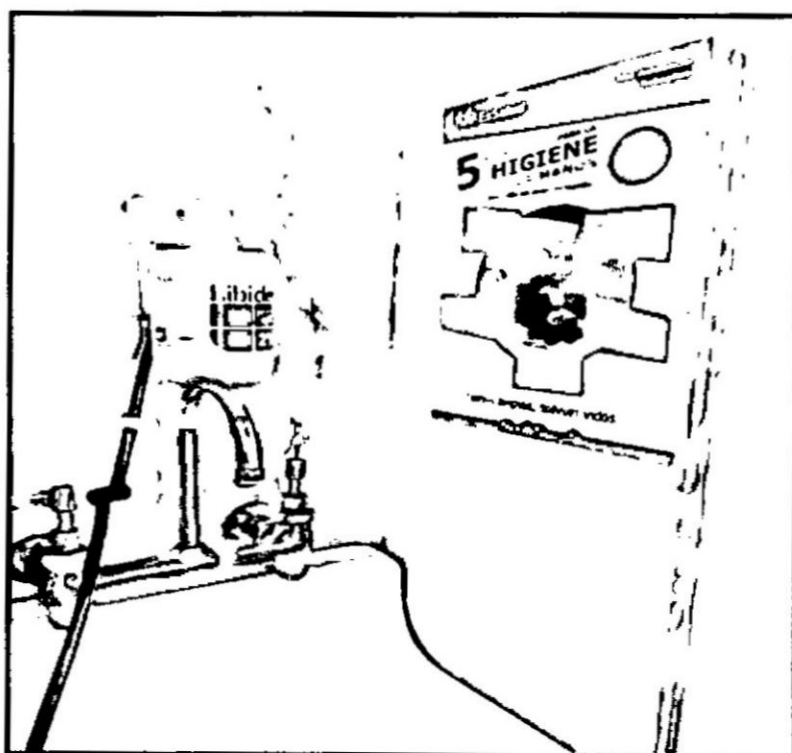
EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO 5

SEÑALETICAS ALUSIVOS A HIGIENE DE MANOS



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia

Asa Salud Red Asistencial Bahagmati

Los 5 momentos para la Higiene de manos

MOMENTOS		
1 Antes del contacto con el paciente	Indicaciones: Antes de tocar al paciente, de su entorno inmediato o de su entorno personal. Objetivo: Evitar la contaminación de las manos por contacto con el paciente o su entorno.	Antes de tocar al paciente, de su entorno inmediato o de su entorno personal. Siempre se debe lavar las manos antes de tocar al paciente o su entorno.
2 Antes de un procedimiento aséptico	Indicaciones: Antes de realizar cualquier procedimiento aséptico. Objetivo: Evitar la contaminación de las manos por contacto con el paciente o su entorno.	Antes de realizar cualquier procedimiento aséptico. Siempre se debe lavar las manos antes de realizar el procedimiento.
3 Después de un contacto con fluidos corporales	Indicaciones: Después de un contacto con fluidos corporales. Objetivo: Evitar la contaminación de las manos por contacto con fluidos corporales.	Después de un contacto con fluidos corporales. Siempre se debe lavar las manos después de cualquier contacto con fluidos corporales.
4 Después del contacto con el paciente	Indicaciones: Después de un contacto con el paciente. Objetivo: Evitar la contaminación de las manos por contacto con el paciente.	Después de un contacto con el paciente. Siempre se debe lavar las manos después de cualquier contacto con el paciente.
5 Después del contacto con el entorno del paciente	Indicaciones: Después de un contacto con el entorno del paciente. Objetivo: Evitar la contaminación de las manos por contacto con el entorno del paciente.	Después de un contacto con el entorno del paciente. Siempre se debe lavar las manos después de cualquier contacto con el entorno del paciente.

Informes y consultas:
 Dirección de Asistencia y Control de Calidad
 Tel: 0054 9 74 723747

Ministerio de Salud
 Red Asistencial Bahagmati

FUENTE: Elaboración Propia


ANEXO 6

CARTILLAS DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO

OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA—HNERM

A


AISLAMIENTO DE CONTACTO

 **EsSalud**
Seguridad Social para todos

TRANSMISION PORCONTACTO

INFORMACION PARA EL PERSONAL

Medidas destinadas a evitar la propagación de microorganismos cuya transmisión ocurre a través del contacto (Producidos al tocar al paciente y su entorno). Estos gérmenes permanecen en las superficies mucho tiempo y pueden transportarse por las manos por lo que no es necesario un contacto tan estrecho para el contagio



QUIÉNES DEBEN SER AISLADOS

(Para mayor información consultar a la Oficina de Inteligencia Sanitaria anexo 3480)

Aquellos pacientes con:

• Górmnes multiresistentes (Acinetobacter, Pseudomonas y Klebsiella)	• Clostridium difficile
• Enterococcus resistente a Vancomicina	• Influenza
	• Conjuntivitis gonocócica
	• Shiguellosis

MEDIDAS ESPECIFICAS

- 1) ADMINISTRATIVAS : Comunicación a las jefaturas del servicio.
- 2) PACIENTE : Pulsera identificadora de color
- 3) HABITACIÓN : De preferencia Individual con baño. Cartel AMARILLO identificador en la puerta. Mantener la puerta SIEMPRE CERRADA
- 4) HIGIENE DE MANOS : Siempre antes y después de ingresar a la habitación del paciente; además de cumplir los cinco momentos de la higiene de manos.
- 5) USO DE EPP :
 - BATA
 - GUANTES: No estériles, si se estará en contacto con material contaminado
- 6) IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS : Administrar tratamiento de ser el caso y aislamiento por cohortes
- 7) EQUIPOS BIOMEDICOS : Exclusivo para atención. Limpieza y desinfección con amonio cuaternario de preferencia
- 8) DESPLAZAMIENTOS: Limitar movimientos y traslados de los pacientes a los estrictamente necesarios, informar el tipo de aislamiento al área de destino y/o transitoria.
- 9) VISITAS : Restringidas, uso de EPP e higiene de manos, prohibido el ingreso de alimentos a la habitación del paciente.
- 10) PERSONAL ASISTENCIAL: De preferencia exclusivo.
- 11) RESIDUOS SOLIDOS : Contenedor de residuos solidos en el interior de la habitación con BOLSA ROJA.
- 12) LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN : Por lo menos DOS veces al día, sobretodo superficies próximas al paciente. La ropa de cama será retirada de la habitación en bolsa roja
- 13) DESINFECCIÓN DE LA HABITACIÓN : TERMINAL, posterior al alta del paciente, incluye colchones y almohada

Modificado del Hospital Alemán— Republica Argentina

**AISLAMIENTO
RESPIRATORIO**

TRANSMISIÓN POR

GOTAS

INFORMACION PARA EL PERSONAL

Medidas destinadas a evitar la propagación de microorganismos cuya transmisión ocurre a través de gotas producidas al respirar, hablar o toser. Estas gotas pueden permanecer en el aire suspendidas mucho tiempo y transportarse con corrientes de aire por lo que no es necesario un contacto tan estrecho para el contagio

**QUIÉNES DEBEN SER AISLADOS**

(Para mayor información consultar a la Oficina de Inteligencia Sanitaria anexo 3480)

Aquellos pacientes con:

- Tuberculosis
- Sarampión
- Varicela Zoster diseminado

MEDIDAS ESPECIFICAS

- 1) ADMINISTRATIVAS : Comunicación a las jefaturas del servicio.
- 2) PACIENTE : Pulsera identificadora de color
- 3) HABITACIÓN : De preferencia Individual con baño. Cartel AZUL identificador en la puerta. Mantener la puerta SIEMPRE CERRADA
- 4) HIGIENE DE MANOS : Siempre antes y después de ingresar a la habitación del paciente; además de cumplir los cinco momentos de la higiene de manos.
- 5) USO DE EPP :
 - GORRO
 - BATA
 - PROTECCIÓN OCULAR
 - RESPIRADOR DE ALTA EFICIENCIA N95
 - GUANTES: No estériles, si se estará en contacto con material contaminado
- 6) IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS : Administrar tratamiento de ser el caso y aislamiento por cohortes
- 7) EQUIPOS BIOMEDICOS : Exclusivo para atención. Limpieza y desinfección con amonio cuaternario de preferencia
- 8) DESPLAZAMIENTOS: Limitar movimientos y traslados de los pacientes a los estrictamente necesarios, informar el tipo de aislamiento al área de destino y/o transitoria. Si el paciente tolera uso de mascarilla quirúrgica
- 9) VISITAS : Restringidas, uso de EPP e higiene de manos, prohibido el ingreso de alimentos a la habitación del paciente.
- 10) PERSONAL ASISTENCIAL: De preferencia exclusivo.
- 11) RESIDUOS SOLIDOS : Contenedor de residuos solidos en el interior de la habitación con BOLSA ROJA.
- 12) LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN : Por lo menos DOS veces al día, sobretodo superficies próximas al paciente. La ropa de cama será retirada de la habitación en bolsa roja
- 13) DESINFECCIÓN DE LA HABITACIÓN : TERMINAL, posterior al alta del paciente, incluye colchones y almohada

AISLAMIENTO RESPIRATORIO



TRANSMISION POR MICROGOTAS / AEROSOLES

INFORMACION PARA EL PERSONAL

Medidas destinadas a evitar la propagación de microorganismos cuya transmisión ocurre a través de aerosoles producidos al respirar, hablar o toser (NEBULIZACIÓN). Estas microgotas pueden permanecer en el aire suspendidas mucho tiempo y transportarse con corrientes de aire por lo que no es necesario un contacto tan estrecho para el contagio



QUIÉNES DEBEN SER AISLADOS

(Para mayor información consultar a la Oficina de Inteligencia Sanitaria anexo 3480)
 Aquellos pacientes con:

- Meningitis por meningococo
- Haemophilus
- Adenovirus
- Neumonía grave de la comunidad
- Influenza
- Hantavirus
- IRAS por gérmenes multiresistentes

MEDIDAS ESPECIFICAS

- 1) ADMINISTRATIVAS : Comunicación a las jefaturas del servicio.
- 2) PACIENTE : Pulsera identificadora de color
- 3) HABITACIÓN : De preferencia Individual con baño. Cartel CELESTE identificador en la puerta. Mantener la puerta SIEMPRE CERRADA
- 4) HIGIENE DE MANOS : Siempre antes y después de ingresar a la habitación del paciente; además de cumplir los cinco momentos de la higiene de manos.
- 5) USO DE EPP :
 - GORRO
 - BATA
 - PROTECCIÓN OCULAR
 - RESPIRADOR DE ALTA EFICIENCIA N95
 - GUANTES: No estériles, si se estará en contacto con material contaminado
- 6) IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS : Administrar tratamiento de ser el caso y aislamiento por cohortes
- 7) EQUIPOS BIOMEDICOS : Exclusivo para atención. Limpieza y desinfección con amoníaco cuaternario de preferencia
- 8) DESPLAZAMIENTOS: Limitar movimientos y traslados de los pacientes a los estrictamente necesarios, informar el tipo de aislamiento al área de destino y/o transitoria. Si el paciente tolera USO de Respirador N95
- 9) VISITAS : Restringidas, uso de EPP e higiene de manos, prohibido el ingreso de alimentos a la habitación del paciente.
- 10) PERSONAL ASISTENCIAL: De preferencia exclusivo.
- 11) RESIDUOS SOLIDOS : Contenedor de residuos solidos en el interior de la habitación con BOLSA ROJA.
- 12) LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN : Por lo menos DOS veces al día, sobre todo superficies próximas al paciente. La ropa de cama será retirada de la habitación en bolsa roja.
- 13) DESINFECCIÓN DE LA HABITACIÓN : TERMINAL, posterior al alta del paciente, incluye colchones y almohada

AISLAMIENTO DE PROTECCIÓN



PROTECCIÓN

INFORMACION PARA EL PERSONAL

Medidas destinadas a evitar la infección del paciente cuya transmisión puede ser por contacto o gotas que pueden transportarse a través del personal y visitantes por lo que no es necesario un contacto tan estrecho para el contagio

QUIÉNES DEBEN SER AISLADOS

(Para mayor información consultar a la Oficina de Inteligencia Sanitaria anexo 3480)

Aquellos pacientes con:

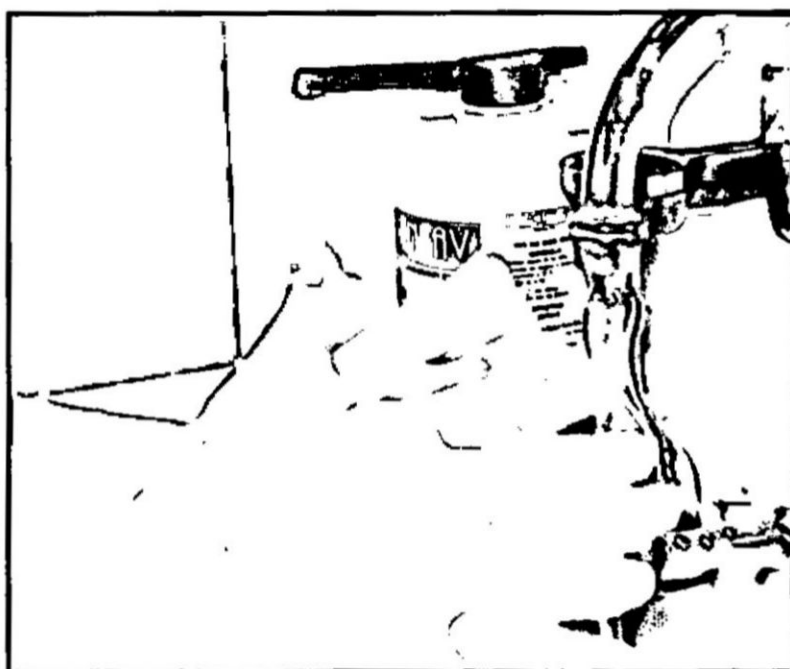
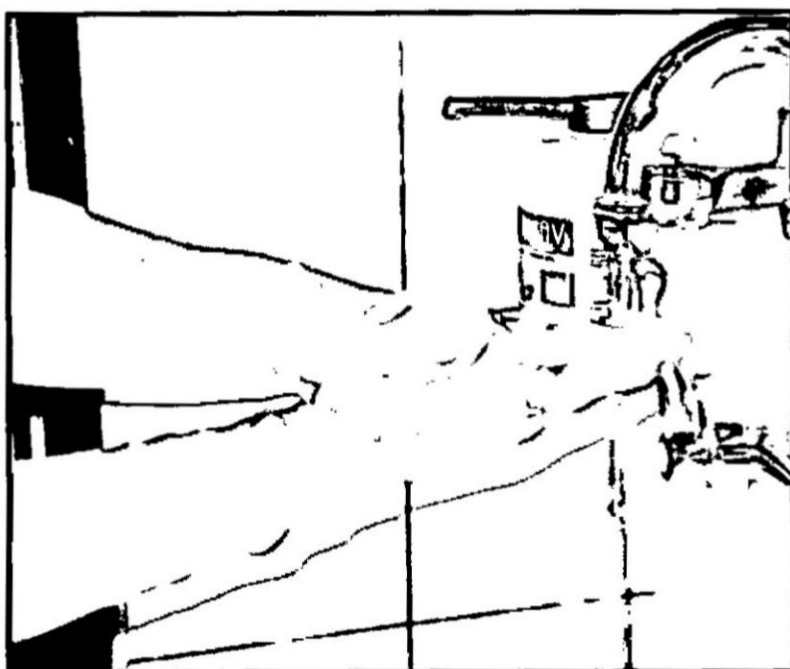
- Inmunosupresión
- Cáncer
- Trasplantados
- Pacientes que reciben QTx, RTx

MEDIDAS ESPECIFICAS

- 1) ADMINISTRATIVAS : Comunicación a las jefaturas del servicio.
- 2) PACIENTE : Pulsera identificadora de color
- 3) HABITACIÓN : De preferencia Individual con baño. Cartel PLOMO identificador en la puerta. Mantener la puerta SIEMPRE CERRADA
- 4) HIGIENE DE MANOS : Siempre antes y después de ingresar a la habitación del paciente; además de cumplir los cinco momentos de la higiene de manos.
- 5) USO DE EPP :
 - MASCARILLA QUIRURGICA
 - GUANTES: No estériles, si se estará en contacto con material contaminado
- 6) IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS : No aplica
- 7) EQUIPOS BIOMEDICOS : Exclusivo para atención. Limpieza y desinfección con amonio cuaternario de preferencia
- 8) DESPLAZAMIENTOS: Limitar movimientos y traslados de los pacientes a los estrictamente necesarios, informar el tipo de aislamiento al área de destino y/o transitoria. Si el paciente tolera usar mascarilla quirúrgica
- 9) VISITAS : Restringidas, uso de EPP e higiene de manos, prohibido el ingreso de alimentos a la habitación del paciente.
- 10) PERSONAL ASISTENCIAL: El habitual.
- 11) RESIDUOS SOLIDOS : Habitual
- 12) LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN : Habitual
- 13) DESINFECCIÓN DE LA HABITACIÓN : Habitual

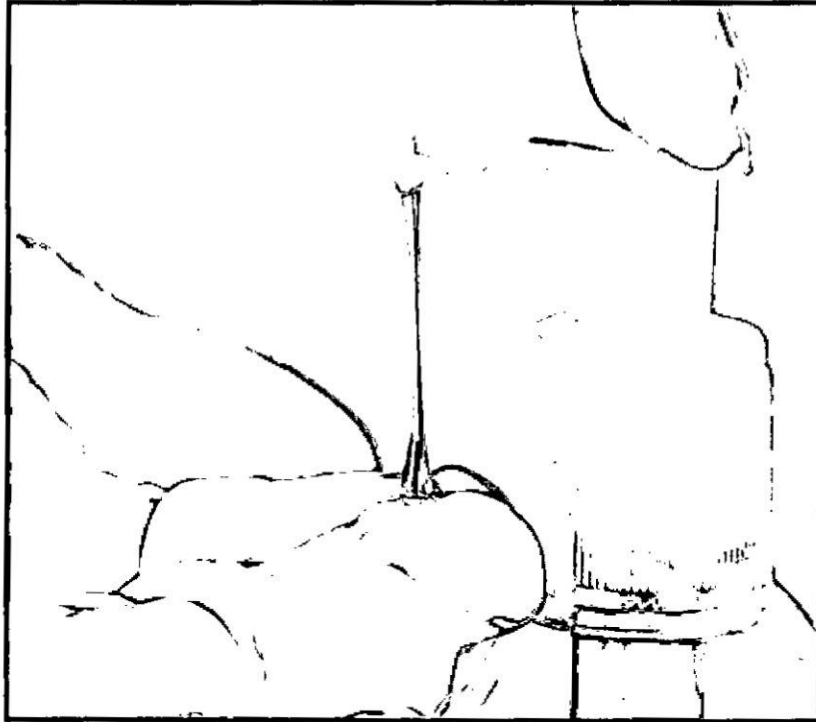


ANEXO 7a :
FOTO HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABON



FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 7b:
FOTO HIGIENE DE MANOS CON ALCOHOL GEL



FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 7c:

FOTO HIGIENE DE MANOS "TALLER DE MANITOS PINTADAS"



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia

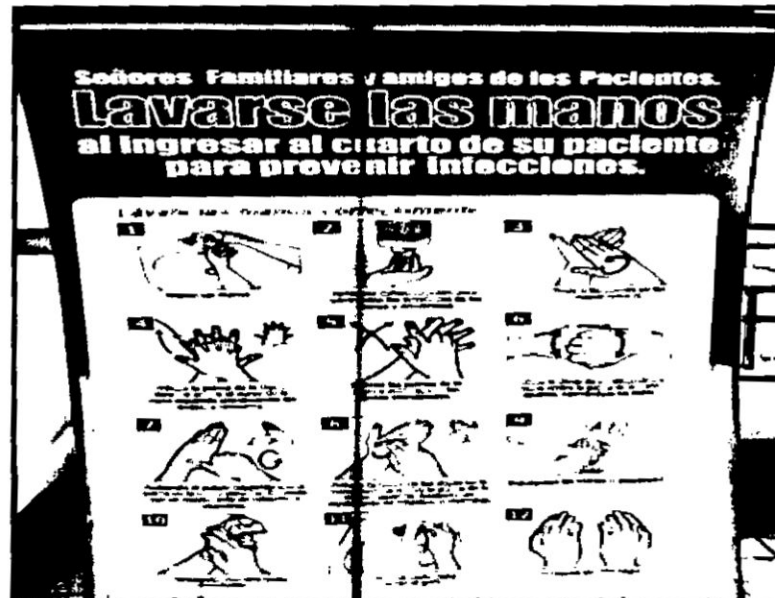
ANEXO 7d:
FOTO HIGIENE DE MANOS SENSIBILIZACION A LA
COMUNIDAD SOBRE HIGIENE DE MANOS



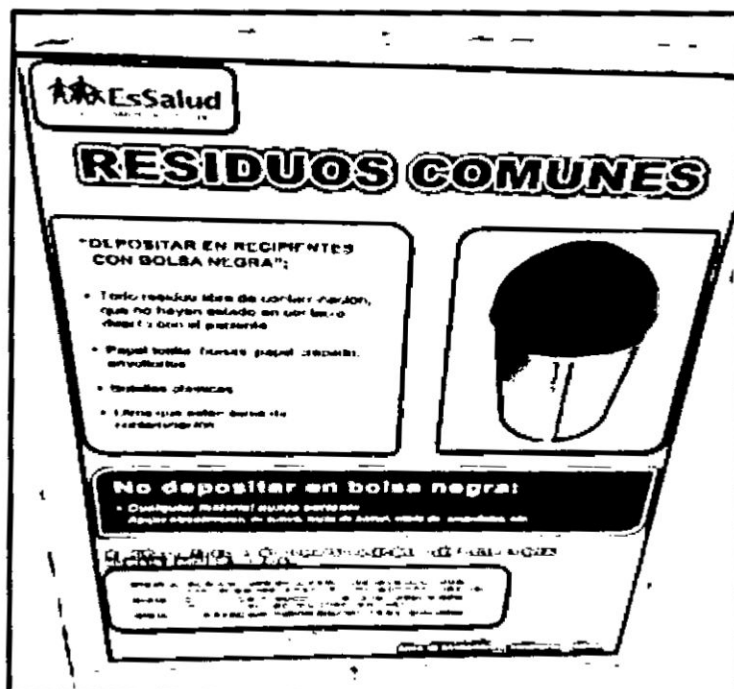
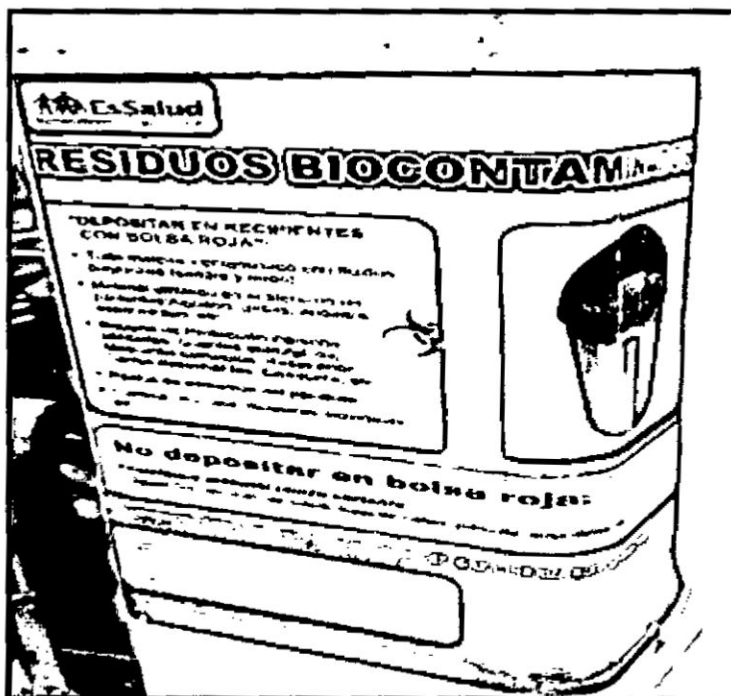
FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 8

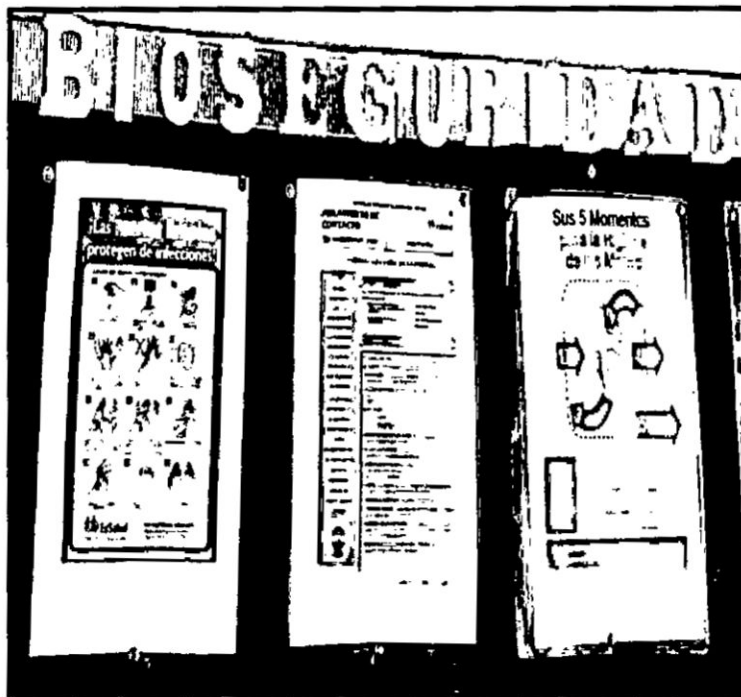
SEÑALETICAS ALUSIVAS AL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 9:

PARTICIPACION EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD HOSPITALARIA

FORMATO DE RONDAS DE SEGURIDAD

FECHA Y HORA:

SERVICIO:






METAS DE SEGURIDAD	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
5. Cirugía correcta, procedimiento correcto, paciente correcto	5.1 Si se han realizado algún procedimiento o cirugía, el médico marca el área que se va operar.				
	5.2 Cuenta con Consentimientos Informados para procedimientos o cirugía.				
	5.3 Registro correcto de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía.				
6. Historia Clínica	6.1 Historia Clínica actualizada, ordenada y legible				
	6.2 Identificación correcta con nombres y apellidos del paciente de cada hoja de la historia clínica				
	6.3 Prescripción adecuada: presentación, dosis, vía, intervalo de administración.				
	6.4 Firma y sello en las evoluciones médicas y notas de enfermería.				
	6.5 Identificación de Historias Clínicas con alergias medicamentosas.				
	6.6 Paciente con estancia prolongada.				
	6.7 Identificación de alergias diversas.				
7. Reducción de Infecciones Adquiridas en el Hospital	7.1 Se cumple con la higiene de manos.				
	7.2 La técnica de lavado de manos se encuentra en un lugar visible para el personal.				
	7.3 Cuidado y manejo de catéteres con técnica aséptica				
	7.4 Se cumple con medidas de aislamiento				
	7.5 Se aplican barreras de bioseguridad (mascarillas, uso de guantes, mandiles, lentes de protección, etc) de ser necesario.				
8. Manejo de Residuos Sólidos	8.1 Se realiza segregación de residuos hospitalarios en forma adecuada				
	8.2 Los elementos punzocortantes se eliminan en envases rígidos				
	8.3 Están ubicados los recipientes con las bolsas de color correspondiente en los ambientes hospitalarios				
	8.4 Los recipientes están adecuadamente acondicionados de acuerdo al residuo que se genera				
	8.5 Los recipientes no sobrepasan las dos terceras partes de su contenido.				
9. Funcionamiento y manejo de equipos	9.1 Existencia de equipos nuevos y conocimiento del manejo por el personal				
	9.2 Se cuenta con instrucciones de uso en cada equipo				
	9.3 Equipos cuentan con cartilla de mantenimiento preventivo.				
	9.4 Equipos cuentan con cartillas actualizadas de mantenimiento.				
	9.5 Funcionamiento adecuado				
10. Gestión del Servicio	10.1 El personal del servicio se encuentra debidamente uniformado				
	10.2 El personal del servicio porta de manera visible su fotocheck				
	10.3 Permanencia del personal en su puesto de trabajo.				
	10.4 Personal en entrenamiento esta bajo supervisión permanente.				
	10.5 Los ambientes cuentan con señalización (advertencia, emergencia, evacuación, obligación, prohibición, contra incendios).				

Fuente: Oficina de Gestión de Calidad y Control Interno.





ANEXO 10:
NORMA DE ROTACION DE ALUMNOS DE PREGRADO

Av. Domingo Ciriaco N° 124
Jesús María - Lima Perú
T: 2656000 / 2657000
www.essalud.gob.pe

RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL N° 755-GG-ESSALUD-2011
DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 013 -GG-ESSALUD-2011
"NORMAS GENERALES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
PRE GRADO EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"

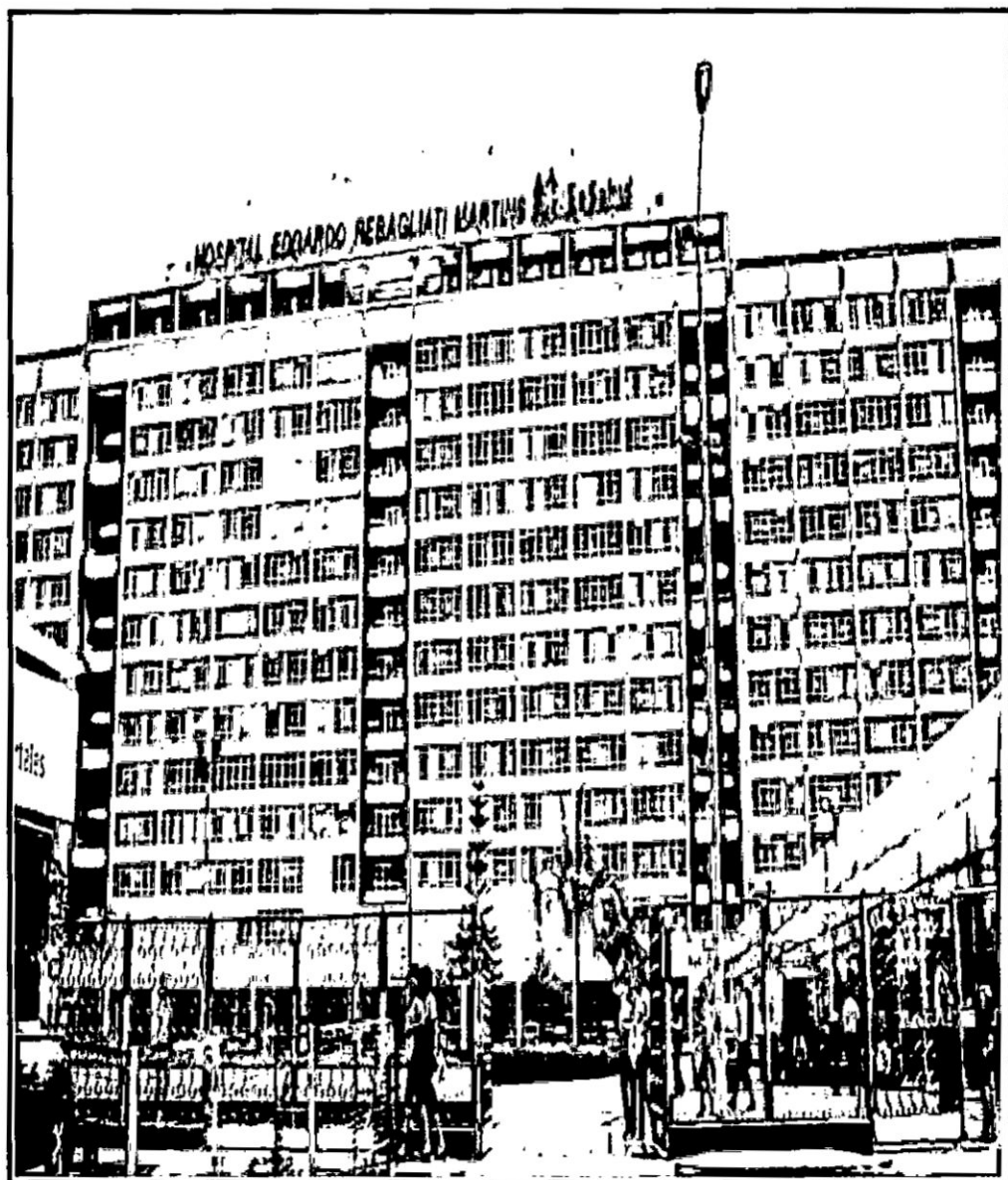


"NORMAS GENERALES PARA EL DESARROLLO
DEL PROGRAMA DE PRE GRADO EN EL SEGURO
SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"



Fuente: Gerencia Central de Recursos Humanos

HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
ESSALUD



FUENTE: Elaboración Propia