

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL
HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA- ESSALUD 2012 – 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

SANDRA JUDITH, CASTRO LAURA

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ MG. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | PRESIDENTE |
| ➤ MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| ➤ MG. HAYDEÉ BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ | VOCAL |

ASESORA: MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 013

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/11/2016

Resolución Decanato N° 1568-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	3
1.2 Objetivo.....	6
1.3 Justificación.....	6
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Marco Conceptual.....	11
2.3 Definición de términos.....	22
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	
3.1 Recolección de Datos.....	23
3.2 Experiencia Profesional.....	23
3.3 Procesos realizados en el tema de informe.....	28
IV. RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIALES	40
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) o infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) constituyen un problema que afecta aproximadamente uno de cada veinte pacientes ingresado en los hospitales⁽¹⁾; cada día, las IAAS causan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias.

La vigilancia epidemiológica en el hospital genera información sobre los principales problemas de etiología infecciosa presentes en el establecimiento y los principales procedimientos invasivos asociados a infecciones, detecta brotes y epidemias, y sirve para medir el impacto de las medidas de prevención y control.⁽²⁾

El presente informe de experiencia profesional titulado “Intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias en el Hospital Marino Molina Scippa – EsSalud”, tiene como propósito dar a conocer la importancia de la labor de la enfermera en la vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias, para la toma de decisiones ante un brote, o epidemia. Así como evaluar el impacto de las medidas de prevención y control. Posicionado de esta manera a Enfermería en un campo de Inteligencia sanitaria, aún no reconocido como tal en la Dirección general de Epidemiología del MINSA.

El presente informe, comprende 4 aspectos: I Planteamiento del problema, objetivo y justificación. II Marco teórico; antecedentes relacionado al tema. III Experiencia profesional en la VEIIH, y IV el procesamiento de los datos, gráficos y su respectivo comentario que apoyaran los resultados para dar a conocer las conclusiones y recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

A nivel Mundial el control de las infecciones Intrahospitalarias hoy llamadas Infecciones Asociadas a la Atención en salud (IASA), ha constituido una preocupación creciente para el equipo de salud y es reconocido en la actualidad como un importante problema de salud pública tanto en el ámbito médico, económico y social. En las últimas décadas se ha enfatizado la necesidad de abordar el problema de manera más científica y racional identificando estrategias que hayan demostrado impacto en reducirlas y controlarlas. Aunque las infecciones Intrahospitalarias o IAAS son el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, su verdadera **carga mundial** aún no se conoce con exactitud debido a la dificultad de reunir datos fiables: en la Unión Europea, de un total anual de 4,1 millones de pacientes, 37000 pacientes fallecen cada año, en Canadá, según estudios realizados, indican que se encuentran unas 22,000 infecciones hospitalarias anuales, que dan lugar a 8000 muertes relacionadas con esa causa. ⁽²⁾

Según los resultados del Proyecto Senic, una tercera parte de las IAAS se pueden prevenir al instaurar su vigilancia;⁽³⁾ por consiguiente, un programa de prevención y control de infecciones (PPCI) eficaz puede reducir sustancialmente los costos de la atención sanitaria y, lo que es más importante, la morbilidad y mortalidad asociada a las IAAS. ⁽⁴⁾

“La Enfermera de Control de Infecciones (ECI) del Sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias de Chile; es un elemento clave en los Programas de Prevención y Control de IIH y su gestión afecta en forma importante su desarrollo e impacto, por lo que su selección y formación es fundamental. Los cambios en salud, enfermedades emergentes y expansión de los programas de IASS, significan un enorme desafío para

la Enfermera de control de Infecciones (ECI) que requiere cada vez más preparación y conocimientos específicos en áreas de su competencia".⁽⁵⁾

En el Perú la vigilancia epidemiológica de las IIH se institucionalizan a partir del 2005 mediante la norma Técnica sanitaria N° 026-MINSA, la cual se mantiene en vigencia hasta la actualidad y define al sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (SVEIIH) como el conjunto de diferentes recursos y componentes en el nivel local, regional y nacional.⁽⁶⁾

El Seguro Social de Salud — EsSalud, es una Institución pionera de la Vigilancia de Infecciones intrahospitalarias desde 1997. El sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) o Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), es un sub componente del sistema de complicaciones intrahospitalarias infecciosas que se basa en una "Guía Metodológica de Implantación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria". Elaborada en Diciembre del 2008; en base a la Norma técnica 026-2005/DGE/MINSA.⁽⁷⁾

Actualmente cuenta con un Sistema de Vigilancia activo, selectivo y focalizado por factor de riesgo en los establecimientos de EsSalud, a través de la Oficinas y Unidades de Inteligencia Sanitaria de las Redes Asistenciales

En el Hospital Marino Molina Scippa la Vigilancia de infecciones intrahospitalarias lo realiza la enfermera, en forma interdiaria por falta de recurso humano.

Las Infecciones intrahospitalarias puede deberse a varias razones, tales como las relacionadas con los factores inherentes al paciente, los procedimientos a los cuales son sometidos, la interacción existente con el medio ambiente hospitalario, practicas inadecuadas de bioseguridad, entre otras.

Las infecciones que se reportan con mayor frecuencia en el servicio de Vigilancia de IIH del Hospital Marino Molina; están asociadas a los casos de ITU por CUP, en el servicio de medicina y cirugía; Endometritis por parto vaginal y por parto cesárea, ISQ por parto cesárea en el servicio de Obstetricia, ISQ asociado a Histerectomía Vaginal e Histerectomía Abdominal en el servicio de Ginecología, ISQ asociado a Colelap, Hernia Inguinal en el servicio de Cirugía, así como las ITS por uso catéter venoso periférico en del Servicio de cuidados Intermedios de Neonatología.

El incremento de la Incidencia de Infecciones intrahospitalarias en el Hospital Marino Molina, a través de los años constituye un problema de salud pública, por ejemplo la Tasa de Incidencia Acumulada durante el año 2015 por Infección de sitio quirúrgico (ISQ) asociado a parto cesárea, es (5.6) por 100, más alta si nos comparamos con la tasa de Incidencia nacional (1.20) por 100 y de nuestra categoría II-1 (1.07) por 100.⁽⁸⁾ Este problema no recibe la debida importancia, a pesar de conocer el impacto que esto genera en la seguridad del paciente, costos altos de la no calidad de la atención, etc. para la institución. Es por ello que planteo el presente informe de experiencia profesional **titulado “Intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias en el Hospital Marino Molina Scippa – EsSalud. 2012 - 2015”**

1.2 Objetivo

-Describir la Intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias en el Hospital Marino Molina Scippa. EsSalud. Durante los años 2012 – 2015.

1.3 Justificación

El Informe de mi Experiencia Profesional en la Unidad de Vigilancia epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias de la Oficina de Epidemiología del Hospital Marino Molina Scippa- EsSalud. Es importante porque contribuye a la Prevención y Control de Infecciones intrahospitalarias a través de la generación de información para la toma de decisiones en forma oportuna. Se sabe que las infecciones Intrahospitalarias son un Problema de salud pública que afecta al paciente, familia, comunidad y al Estado, ya que implica costos elevados y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Así mismo permitirá sensibilizar a la Alta dirección para que asuma el liderazgo y compromiso, en la Estrategia de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, realizar proyectos de mejora continua que contribuyan a disminuir las altas tasas de Infecciones Intrahospitalarias asociadas a los factores de riesgo en nuestro hospital.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes:

- Pola Brenner; Patricio Nercelles; Mónica Pohlenz A; Fernando Otaíza et al. 2002; realizaron un trabajo de investigación titulado: **“Costo de las infecciones intrahospitalarias en hospitales chilenos de alta y mediana complejidad”**. **Objetivo general:** Mostrar los resultados de estudios de costo realizados en diferentes hospitales de alta y mediana complejidad en Chile, utilizando la metodología del protocolo OPS. **Metodología:** utilizan la metodología propuesta por la OPS, en los que se compararon pacientes con IIH con otros pacientes sin IIH de igual sexo, grupo etario, patología y servicio clínico, en hospitales. Se calculó la estadía hospitalaria y la utilización de antimicrobianos en ambos grupos. Se incluyeron estudios de costo realizados en el país durante el año 2002 por alumnos del Magister en Ciencias Médicas con mención en Infecciones Intrahospitalarias y Epidemiología Hospitalaria de la Universidad de Valparaíso, en 24 instituciones de salud desde Antofagasta a Punta Arenas (16 hospitales dependientes del MINSAL, 3 dependientes del Ministerio de Defensa, 3 clínicas privadas y 2 de Mutuales). **Resultados:** Se presentan los datos de 9 estudios de infección urinaria asociada a cateterismo urinario a permanencia (ITU), 4 de herida operatoria en distintas cirugías (IHO), 6 de endometritis (END), 4 de neumonía asociada a ventilación mecánica (NEU), 5 de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a cateterismo venoso central (ITS) y 7 de infecciones de herida operatoria en cesárea (IHOC). **Conclusiones:** todos los estudios mostraron aumento de la estadía y de la utilización de antimicrobianos en los pacientes con

IIH en rangos de entre 2 y 4 veces. Las IHO e ITS aumentan más la estadía que otras IIH. Las IHO y NEU aumentan más el uso de antimicrobianos que otras IIH. No hay grandes diferencias en los resultados por tipo de hospital. La mayor diferencia se observó en IHO, probablemente por los distintos tipos de cirugías estudiadas.⁽⁹⁾

- Izquierdo-Cubas, Francisco; Zambrano Cárdenas, Andrés; Frómeta Suárez, Ileana; Báster Campaña, Miriam; Durañones Rodríguez, Lourdes; Santín Peña, Manuel. 2009; realizaron un trabajo de investigación titulado **“Resultados de la vigilancia de infecciones nosocomiales en Cuba. 2001-2007”**. **Objetivo General:** Exponer los resultados principales de la vigilancia continua de las infecciones intrahospitalarias en un los últimos 7 años en el país. **Metodología:** Han sido recopilados los resultados de la vigilancia en el país que se encuentran en la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, desde los años 2001 hasta el 2007. Los datos forman parte de la información que se genera mensualmente recopilada por incidencia acumulada mensual en los hospitales del país y que se envía a través de los niveles intermedios provinciales hasta la nación, donde se computa y se agrupa para análisis trimestral, semestral y anual. En la serie de 7 años estudiada se exponen datos de 9 servicios elegidos por su importancia: Pediatría, Medicina, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Ginecología, Obstetricia, Neonatología, Terapia Adultos y Terapia Infantil. **Resultados:** Los principales resultados de los últimos 7 años de vigilancia son una tendencia descendente en las tasas de IIH. Los servicios con mayores tasas son los de Cuidados Intensivos Neonatales y cuidados intensivos de adultos y niños, la localización de mayor tasa fue el sitio quirúrgico y los gérmenes mayormente aislados fueron Staphilococcus, Pseudomonas, Klebsiella y Acinetobacter. **Conclusiones:** A pesar de lo costoso que representa este método de vigilancia de infecciones

intra-hospitalarias para el mundo, la magnitud e importancia del problema hacen imprescindible asumirlo.⁽¹⁰⁾

- Heriberto Arévalo R; Rollin Cruz M; Freddy Palomino V; Freddy Fernández V; Enrique Guzmán R; Raúl Melgar A, 2001; realizaron un trabajo de Investigación titulado **“Aplicación de un programa de control de infecciones intra-hospitalarias en establecimientos de salud de la Región San Martín, Perú”**. **Objetivo general:** Aplicar un programa de control de infecciones intra-hospitalarias (IIH) para modificar conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del personal de salud y su efecto sobre la prevalencia de IIH en establecimientos de salud de San Martín, Perú, julio 2000 - enero 2001. **Metodología:** Estudio prospectivo de intervención. Se determinó la prevalencia basal, intermedia y final de IIH y se evaluó los cambios en CAP con la metodología investigación-acción. Población: Participó personal del Hospital de Apoyo Banda de Shilcayo (HABS), Hospital Nueva Cajamarca (HNC), Centro Materno Perinatal, Centro de Salud Lluyllucucha, localizados en zonas rurales. Se utilizaron indicadores estandarizados nacionales. **Resultados:** Los médicos tuvieron la menor participación (62,0%); y el personal técnico la mayor (90,0%). Las prácticas adecuadas de lavado de manos y materiales, utilización de ropa y guantes, manejo de objetos punzo-cortantes y exposición a fluidos aumentaron significativamente ($p < 0,01$). El mismo comportamiento tuvieron las actitudes de limpieza, desinfección y esterilización en centro quirúrgico. El HABS presentó la prevalencia basal más alta de IIH (26,8%), mientras que el HNC la menor (15,4%). 36,0% fueron casos de gérmenes aislados en hemocultivos de pacientes sin foco infeccioso establecido. 36,0% correspondió a infecciones de herida operatoria, 5,0% neumonías, 2,0% endometritis puerperales, 5,0% infecciones en pacientes quemados y 16,0% infecciones urinarias.

Enterobacter aerogenes (32,0%) y Pseudomonas aeruginosa (24,0%) fueron las bacterias más frecuentes. La prevalencia de IIH disminuyó (de 25,7% a 15,2%) ($p > 0,05$). **Conclusiones:** La aplicación de un programa de control de IIH logró mejorar significativamente las actitudes y prácticas en establecimientos de salud de San Martín, Perú. ⁽¹¹⁾

- Luis Cuellar P; Rosa Rosales C; Florentino Aquino R. 2004. realizaron un trabajo de Investigación titulado: **“Eficacia de un programa educativo para la prevención y el control de infecciones intrahospitalarias en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú”**. **Objetivo General:** Evaluar la eficacia de una intervención educativa para la prevención y el control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) en el personal de salud del Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Lima, Perú. **Metodología:** Estudio cuasi experimental. Antes y después de la implementación de un programa educativo de medidas generales para la prevención y el control de las IIH, se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de 378 (45,6%) trabajadores de salud seleccionados en forma aleatoria y estratificada (por profesión) de la población de trabajadores del INEN. **Resultados:** Después de la intervención, la proporción de trabajadores (total) con bajo conocimiento se redujo de 53,2% a 39,7% y la actitud positiva frente al curso y programas para el control y prevención de las IIH aumentó de 87,8% a 99,2%. También hubo un incremento en el cumplimiento de las buenas prácticas: de 5,6% a 37,0% para el lavado de manos, de 33,9% a 53,2% para la técnica adecuada del lavado de manos, de 33,3% a 49,2% para la técnica adecuada de asepsia y de 37,0 a 59,0% para la técnica de aislamiento. Las tendencias fueron similares en todas las profesiones. **Conclusión:** La aplicación de un programa educativo ha logrado incrementar tanto los conocimientos y

actitudes positivas, como los índices de cumplimiento de las medidas generales de prevención y el control de las infecciones intrahospitalarias en los trabajadores de salud del INEN.⁽¹²⁾

- **En el Hospital Marino Molina Scippa donde Laboro, no se han realizado estudios sobre Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias, hoy conocida como Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.** El Hospital Marino Molina Scippa de EsSalud inicia su funcionamiento como tal en mayo del año 2000.

2.2 Marco Conceptual

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS): "Las infecciones intrahospitalarias (IIH) o infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) representan un problema que afecta aproximadamente uno de cada veinte pacientes ingresado en los hospitales. Cada día, las IAAS causan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias ⁽²⁾.

En el Perú, la vigilancia de IIH se institucionaliza a partir del 2005 mediante la Norma Técnica de la Sanitaria N° 026-MINSA/OG E V-01, la cual se mantiene en vigencia hasta la actualidad y define el sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (SVEIIH) como el conjunto de diferentes recursos y componentes en el nivel local, regional y nacional que permiten coordinar la vigilancia epidemiológica de las IIH.

Para el periodo 2013 a diciembre 2014, los establecimientos que notificaron al SVEIIH se incrementó de 2014 a 249, de los cuales 77.5% (190) pertenecen a gobiernos regionales e IGSS, 9.6%(24)

establecimientos de salud privados, 8.8% (22) EsSalud, 3.2% (8) Fuerzas Armadas y Policiales y 0.8% (2) gobierno local y mixto. ⁽¹³⁾

El Seguro Social de Salud — EsSalud, es una Institución pionera de la Vigilancia de Infecciones intrahospitalarias desde 1997. Actualmente, en EsSalud con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de salud N° 83 – GCPS- EsSalud- 2016, se resuelve Aprobar la **Directiva N° 16-GCPS-ESSALUD-2016 de "Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el Seguro Social de Salud - ESSALUD"**. La Directiva tiene como **objetivo** estandarizar y desarrollar los procedimientos para la vigilancia de infecciones asociadas a la atención de salud, con la finalidad de contribuir en la prevención y control de las IAAS en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud de ESSALUD. Cuya **finalidad** es Contribuir en la prevención y control de las IAAS en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la Red Prestadora de ESSALUD, para mejorar la calidad de atención en la población asegurada.

Dentro de sus **disposiciones** La vigilancia de IAAS, es activa, selectiva y focalizada, a cargo de un profesional de la salud capacitado, a dedicación exclusiva. En caso, de IPRESS del Segundo y Tercer Niveles de Atención, es un profesional de salud capacitado por cada 150 camas. ⁽¹⁴⁾

2.2.1 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 ⁽¹⁵⁾

2.2.2 Las infecciones intrahospitalarias

Constituyen la causa principal de morbilidad y mortalidad evitable en los hospitales y pueden producirse por varias razones tales como las relacionadas con los factores inherentes del paciente, los procedimientos a los cuales son sometidos, la interacción existente con el ambiente hospitalario, práctica de higiene inadecuadas, deficiencias en las técnicas y/o procedimientos de desinfección, esterilización y manejo de materiales usados en la atención, entre otras. Mientras que su propagación dependerá de factores propios de los procesos durante la práctica hospitalaria y el nivel adecuado de gestión y organización en el entorno hospitalario. En general los diversos modelos que abordan el proceso de propagación de las infecciones Intra-hospitalarias se resumen en la interacción de cuatro ejes importantes. ⁽¹⁶⁾

2.2.3 Epidemiología de las infecciones intrahospitalarias

La epidemiología de las enfermedades infecciosas comprende el estudio de los factores determinantes de las infecciones en el huésped, su aparición y los factores que desencadenan su propagación en el ámbito hospitalario. Es conocido que el proceso salud y enfermedad es el resultado de una serie de complejas interacciones entre el agente causal, el huésped y el ambiente. A nivel hospitalario los agentes causales son los microorganismos que producen las infecciones intrahospitalarias, el huésped es el paciente hospitalizado o los trabajadores de salud y el ambiente es el hospital. ⁽¹⁶⁾

- **Agente**

Los agentes en las infecciones intrahospitalarias son microorganismos que varían en tamaño y complejidad y comprenden desde virus hasta protozoarios y helmintos. Las bacterias, hongos y ciertos virus han sido los mayormente reconocidos y estudiados.

Para que se lleve a cabo la transmisión, estos microorganismos deben permanecer viables en el ambiente, siendo necesarias algunas propiedades intrínsecas tales como la capacidad para resistir los efectos del calor, sequedad, luz ultravioleta y agentes químicos; la capacidad para competir con otros microorganismos; y la capacidad para independientemente multiplicarse en el ambiente o desarrollarse y multiplicarse dentro de otro huésped. Los reservorios que le permiten sobrevivir o multiplicarse pueden ser animados, por ejemplo los trabajadores de salud, o inanimados como los sistemas de aire acondicionado ⁽¹⁷⁾

Una vez que el microorganismo se encuentra en la superficie del huésped, podría multiplicarse, invadir, replicarse y producir la infección en el huésped; sin embargo también podría colonizar sin necesidad de invadir o desencadenar una respuesta inmune en el huésped ⁽¹⁸⁾. Así la presencia de microorganismos en la superficie del huésped no implica infección, pero estos pueden actuar como reservorios importantes para la transmisión hacia otros pacientes.

- **Huésped**

El desarrollo de la enfermedad dependerá no solo de los factores intrínsecos del agente, sino también de la interacción entre este y el huésped.

Entre los factores importantes para el desarrollo y severidad de la enfermedad se tienen la edad, estado nutricional, enfermedades concomitantes, sistema inmunológico, inmunización y el estado emocional del huésped ⁽¹⁹⁾

- **Ambiente**

El ambiente constituye el medio en donde se producen las interacciones entre el agente y el huésped. El ambiente contiene factores físicos, biológicos y sociales que influyen en la propagación de la enfermedad. En el caso de los hospitales los cambios en los patrones de atención a los pacientes y los avances tecnológicos en los cuidados médicos han incrementado enormemente el riesgo de los pacientes hospitalizados. Las unidades de terapia intensiva, unidad de quemados, trauma, trasplante y de quimioterapia, frecuentemente albergan pacientes con poca resistencia para la infección. En estos pacientes, basta pequeñas concentraciones de microorganismos para producir la infección, y ésta se desarrollará en sitios inusuales; siendo en su mayoría producidas por microorganismos no patógenos.

Frecuentemente estas infecciones llamadas oportunistas requerirán terapias con múltiples antimicrobianos, incrementando así la flora microbiana residente, produciendo de esta manera la emergencia o reemergencia de un conjunto de agentes resistentes a la gran mayoría de antimicrobianos disponibles ⁽¹⁵⁾

2.2.4 Vigilancia Epidemiológica de las IIH o IAAS

Vigilancia epidemiológica de las IAAS: Se refiere al proceso continuo de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la frecuencia y distribución de las IAAS de notificación obligatoria y otras optativas según prioridad del IPRESS.

Modalidades de la Vigilancia epidemiológica de las IAAS:

- a) **Activa:** Consiste en la búsqueda intencional de casos que cumplan con las definiciones de caso establecidas (para fines de vigilancia epidemiológica), mediante la revisión periódica de registros rutinarios del servicio de salud, con el objetivo de detectar y notificar los casos que no hayan sido notificados previamente.
- b) **Selectiva:** Sólo se vigilan pacientes con factores de riesgo seleccionados.
- c) **Focalizada:** Se realiza vigilancia es en los servicios donde hay una mayor magnitud de exposición a los factores de riesgo seleccionados. ⁽⁶⁾

“Infecciones intrahospitalarias y factores de riesgo asociados objeto de vigilancia epidemiológica” NT °026-2005

Infección Intrahospitalaria	Factor de riesgo Asociado	Servicio a vigilar
Infección de Tracto Urinario (ITU)	Catéter Urinario	Medicina Cirugía UCI
Neumonía	Ventilación Mecánica	UCI Neonatología
Infección de Torrente Sanguíneo (ITS)	Catéter Venoso Central (CVC)	UCI Neonatología
	Catéter Venoso Periférico (CVP)	
Endometritis puerperal	Parto Vaginal Cesárea	Gineco Obstetricia
Infección de Herida operatoria	Colecistectomía Hernio plastia Inguinal (*)	Cirugía
	Parto por cesárea	Gineco Obstetricia

2.2.5 Funciones de la Enfermera de Control de Infecciones (ECI):

Según la Secretaria de Salud de Argentina las funciones de enfermería son ⁽²⁰⁾:

La ECI debe ser similar a una enfermera clínica especialista. Las funciones de esta profesional están asociadas primariamente a las prácticas de control de IASS con especial responsabilidad en vigilancia epidemiológica, programas de prevención y control de IASS y evaluación de prácticas:

1. Diagnóstico de situación en IASS
 - a. Realizar vigilancia epidemiológica
 - b. Colaborar en el análisis epidemiológico de la información
 - c. Colaborar en la investigación de brotes epidémicos
2. Programas de intervención
 - a. Desarrollo de normas y procedimientos para prevenir IASS

b. Diseño e implementación de programas específicos

c. Capacitación en servicio

3. Evaluación de prácticas

Desarrollo e implementación de programas de supervisión En un hospital de alta complejidad, la ECI puede entrenar enfermeras de enlace con los servicios clínicos. Estas profesionales tendrán la responsabilidad de mantener buenas prácticas de control de IAAS y programas de capacitación en sus respectivos servicios y constituirán el vínculo entre la ECI y los servicios para la identificación de problemas, implementar soluciones y mantener las comunicaciones.

Otras funciones complementarias:

- Realizar vigilancia epidemiológica de IAAS en pacientes y de exposiciones laborales a sangre y químicos tóxicos en el equipo de salud
- Elaborar en conjunto con los servicios clínicos y de apoyo normas y procedimientos para la prevención y control de IAAS en pacientes y personal
- Implementar programas educativos para la difusión y conocimiento de la normativa local.
- Implementar estrategias de intervención para enfrentar problemas de IAAS detectados en el hospital. Vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a servicios de salud
- Implementar programas de prevención de exposiciones laborales a sangre y químicos tóxicos en el personal del equipo de salud

- Colaborar en el establecimiento de políticas para el uso racional de antimicrobianos y crear estrategias para lograr adherencia a esa política.
- Evaluar el cumplimiento de la normativa local en conjunto con los servicios clínicos y de apoyo
- Dirigir el programa de inmunizaciones en el personal del equipo de salud y evaluar su cobertura
- Colaborar en la investigación de brotes epidémicos de IAAS en conjunto con el personal médico y de enfermería y diseñar estrategias para su control
- Asesorar a la Dirección del establecimiento, equipo de salud y Comité de IAAS en materias relacionadas con prevención y control de IAAS
- Participar en la selección de insumos relacionados con la prevención y control de IAAS tales como artículos para esterilización, desinfectantes y antisépticos y barreras de protección entre otros.
- Asesorar en construcción y remodelación de planta física en áreas críticas (ej. quirófanos y salas de aislamiento).
- Realizar otras funciones de acuerdo a necesidades, por ejemplo colaborar en los programas de gestión de riesgos, etc.

2.2.6 Teoría de Enfermería Ecologista

Teoría de Enfermería según *Florence Nightingale*, impresiona la visión que tuvo al pensar que la enfermera debía recibir una formación lo más amplia posible. Por ejemplo abordó la necesidad de identificar las características del agua como fuente generadora de distintas afecciones, es decir, en aquel entonces hablaba de la **enfermera epidemióloga**" (21).

Retomando la teoría de *Florence Nightingale*, que consideró que la observación y la recolección sistemática de datos eran necesaria para la Enfermería, apreciamos su visión de considerar la investigación como una necesidad, que constituye un desafío para la enfermera. Llama poderosamente la atención el hecho de que tan tempranamente, *Florence Nightingale* enfocara su atención hacia las determinantes ambientales del proceso salud-enfermedad. *Nightingale* opinaba que la enfermedad era un proceso de reparación y que las funciones de la enfermera consistían en manipular el entorno del paciente para facilitar este proceso.

Florence Nightingale usó el razonamiento inductivo para extraer leyes de salud y de enfermería de sus observaciones y experiencias, por ejemplo, advirtió que la enfermedad prosperaba en espacios limitados, oscuros y húmedos. También derivó de su observación y experiencia práctica que la enfermedad podía prevenirse o acelerar su curación proporcionando un ambiente distinto a aquel donde se había originado. Entre los razonamientos que hizo estaba el de los beneficios de la luz solar directa. Debemos admitir en nuestros días, que la luz solar tiene efectos germicidas y entre otros, permite la fijación de vitaminas necesarias

para evitar el raquitismo, claro está en exposiciones dosificadas. También planteó la necesidad de la limpieza extendida al paciente, a la enfermera y al medio, pues estaba convencida que de no tenerse en cuenta se proporcionaban las condiciones para las infecciones: insistió en la necesidad de que las enfermeras se lavaran las manos frecuentemente y mantuvieran muy limpios a los pacientes y al medio que los rodeaba; avizó que las paredes, los pisos y la ropa sucia contenían materias orgánicas a partir de las cuales se producían infecciones. Hoy sabemos con certeza que de no observarse estas medidas por ella promulgadas, se incurre en la posibilidad de que ocurran las infecciones cruzadas que tienen tanta importancia para los pacientes en el medio hospitalario e incluso familiar; quedaron registradas en su obra escrita ⁽²²⁾

Florence Nightingale en 1856, demostró que existía una relación directa entre las condiciones sanitarias de un hospital y las complicaciones postoperatorias, tales como gangrena o erisipela. Ella propuso que las enfermeras debían mantener un sistema de información amplia acerca de las muertes en los hospitales. Probablemente esta es la primera referencia a la vigilancia de enfermería sobre las infecciones nosocomiales. ⁽²³⁾

En Perú, se aplica la norma técnica N° 026-MINSA; en ella no se dispone al profesional de enfermería como la responsable de la vigilancia de Infecciones intrahospitalarias, solo establece que sea un profesional de salud capacitado.

2.3 Definición de términos:

- **Vigilancia:** Atención que se presta a una persona o cosa para observarla y controlarla y así evitar algún daño o peligro. ⁽²⁴⁾
- **Vigilancia epidemiológica de las IAAS:** Es la observación sistemática, activa y permanente de la ocurrencia y distribución de las IAASS. ⁽⁶⁾
- **Infección:** Se considera infección a la reacción adversa localizada, producida por la presencia de microorganismos o sus toxinas. ⁽²⁾
- **Infección Asociada a la atención de salud o Intrahospitalaria:** Infección que se adquiere luego de 48 horas de permanecer en el Hospital y que el paciente no portaba a su ingreso. ⁽⁶⁾
- **Enfermera de Vigilancia epidemiológica de IAAS o IIH:** Es la enfermera que realiza las funciones de vigilancia epidemiológica de IIH, aplicando la NT 026-MINSA. ⁽⁶⁾

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para el desarrollo del presente informe de experiencia profesional se recolectaron los datos de la Unidad de Vigilancia epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias que depende de la Oficina de Epidemiología, del Hospital Marino Molina Scippa. Se toma los datos de los reportes gerenciales sobre VEIH, mensual, trimestral y anual. Asimismo del sistema de información asistencial: Sistema de Gestión hospitalaria.

Cabe señalar que los datos del presente informe de experiencia profesional fueron obtenidos durante mi labor diaria en el *Oficina de epidemiología del Hospital marino Molina Scippa, como responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias*; considerar que para el informe los datos son del 2012 al 2015. Así mismo cabe resaltar que mi labor es formalmente reconocida con Resolución Directoral desde el año 2010; la vigilancia que realizó se caracteriza por ser ***selectiva, focalizada y activa.***

3.2 Experiencia Profesional

Durante mi labor como enfermera en el área asistencial por más de 19 años, de los cuales 14 años vengo laborando en el Hospital Marino Molina Scippa del Seguro Social de salud, que pertenece a la Red Desconcentrada Sabogal como órgano rector; he laborado 6 años en la Unidad Preventiva del Adulto y Adulto mayor; a partir del año 2008 vengo laborando como responsable de la Vigilancia epidemiológica de las Infecciones intrahospitalarias (IIH) o Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) del Hospital

Marino Molina Scippa; donde mi vigilancia es interdiaria por ello actualmente también laboro en la Unidad de Medicina Complementaria.

El Hospital Marino Molina Scippa, fue creado con Resolución de Presidencia Ejecutiva Nro. 142- PE-ESSALUD-2000, con fecha 16 de mayo 2000, como parte de la Red Asistencial de la Gerencia Departamental de Lima; a partir del 31 de diciembre del 2014, según Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el ROF de EsSalud; pasa a depender de la Red Desconcentrada Sabogal.

El Hospital Marino Molina Scippa es un Hospital de EsSalud, de categoría II-1 Ubicado en la Av. Guillermo de la Fuente N° 515, Urbanización Santa Luzmila del Distrito de Comas. Tiene una población adscrita de 197,497 Habitantes, con un promedio de 547 trabajadores de EsSalud, destacando la presencia de 111 enfermeras. Es cabeza de Micro Red compuesta por tres EE.SS (CAP III Carabayllo, CAP III Puente Piedra e IPRESS Clínica Universitaria).

Presta Servicio las 24 horas del día. Cuenta con los servicios de Emergencia, Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico y Consulta externa. Tenemos Servicios de Ayuda al Diagnóstico (Rayos X, Ecografía, Laboratorio y Banco de sangre) Asimismo contamos con 105 camas hospitalarias, 30 camas de Emergencia, 02 salas de Operaciones y 1 sala de recuperación con 6 camas; 23 consultorios físicos y 45 funcionales. ⁽²⁵⁾ Tiene tercerizado los servicios generales de limpieza, mantenimiento, vigilancia y parte de logística y farmacia. Asimismo tenemos al Voluntariado.

En el ROF del Hospital Marino Molina Scippa, la Oficina de Epidemiología depende de la Unidad de Planeamiento y Calidad.

Asimismo la Unidad de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias está a cargo de la enfermera; quien a su vez depende de la Coordinación de enfermería.

Dentro de mis actividades he desarrollado las siguientes funciones:

❖ **Función asistencial:**

- Se visita los servicios asignados, para identificar pacientes expuestas a factor de riesgos seleccionados (Medicina I y Medicina II, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Tópico de Gineco Obstetricia de Emergencia y Sala de Operaciones) en forma activa pero interdiaria.
- Identificación de Infección Intrahospitalaria a través de la revisión de Historia clínicas, kardex, observación de los dispositivos como catéteres urinarios permanentes, catéter venoso periféricos, entrevista a los pacientes que pueden comunicarse, así como con el personal que brinda los cuidados.
- Revisión y seguimiento de cultivos de laboratorio, aunque la notificación en esa área es pobre dado que al no tener insumos no realizan los cultivos a las heridas operatorias. Ello es preocupante porque nos coloca en desventaja ante un probable caso de Brote o Epidemia a nuestra Institución.
- Los Pacientes que son dados de alta antes de cumplir los 30 días posteriores a una intervención, la búsqueda de casos de infección de sitio quirúrgico es mediante:
- Revisión de anotaciones de controles ambulatorios en la H.C
- Revisión de partes de atención diaria en tópicos de curaciones ambulatorias; revisión de los libros de atención en tópicos de cirugía y de ginecología de emergencia.

❖ **Función Administrativa:**

- Realizó el procesamiento de la información, previo control de calidad de la información que asegure su validez. Se ingresa la información recolectada a una base de datos que se encuentra en un software WINEPI 3.0, así como también a un aplicativo web del MINSA de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarios, este procesamiento es luego de realizar la vigilancia.
- Elaboro los informes mensuales, trimestrales y anuales de la Incidencia de Infecciones Intrahospitalarias.
- Reporto los informes a la Dirección y al Jefatura de Planeamiento y Calidad, las Jefatura Médica y Coordinación de Enfermería.
- Participó activamente en la elaboración de Proyecto de Intervención en casos de hallazgos encontrados en la Supervisión que realiza la DISA II Lima- Sur.
- Elaboración de un informe trimestral de los accidentes punzo cortantes del personal de salud, relacionado a la transmisión ocupacional de hepatitis virales y en menor grado de la Infección por VHI. La cual se ingresa al aplicativo web del MINSA. Para ello se coordina con el Tópico de Cirugía y programa de VHI – SIDA.
- Elaboración de un Informe semestral de los casos de Tuberculosis en personal de salud, para ello se trabaja coordinadamente con el Programa de Tuberculosis y la Oficina de Personal.

❖ **Función Docente:**

- Capacitación permanente al personal de los diferentes servicios en relación a la importancia del cumplimiento de las medidas de

bioseguridad, sobre todo en la importancia del lavado de manos, como una medida efectiva y menos costosa para disminuir los casos de IIH. Los insumos de jabón clorhexidina y Papel toalla es insuficiente, así como el mal estado de los dispensadores de los mismos. Ello no permite adherencia a la higiene de manos.

- Educación al personal en entrenamiento como son los internos de medicina, enfermería y estudiantes de pre grado servicio por servicio.

❖ **Función Investigación:**

- Realizó la investigación de los casos de Infecciones Intrahospitalarias identificados. Debo mencionar que la tasa de Infecciones de Herida Operatoria en Parto cesárea es el que más ocurre en mi hospital, cuyas tasas se ubican por encima de los estándares nacionales e incluso de la categoría del hospital.
- Participo en la elaboración de Proyecto de Mejora “Mejoramiento del manejo de residuos sólidos en el HMMS”.
- Lamentablemente la brecha negativa de enfermeras es alta, falta recursos humanos, por ello **la vigilancia es a tiempo parcial**, porque también laboro en la Unidad de Medicina Complementaria (UMEC).

3.3 Proceso realizado en el tema del informe

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) o Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), se implementó a partir del año 2000, como una vigilancia pasiva. Es a partir del año 2005, donde se crea la Norma Técnica 026-MINSA/OGE. Vol. 01. Se logra implementar la vigilancia en forma activa, focalizada y permanente. En el año 2010, por vez primera que con Carta Directoral, se me asigna la responsabilidad de la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias del hospital marino molina Scippa. Cargo que es actualizado año tras año.

En un inicio había una vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias pasiva, es decir solo informaban los casos que aparecían en el sistema de Gestión Hospitalarias, a través de Estadística, además la enfermera solo trabaja 2 turnos a la semana, no tenían los recursos (computadora, espacio, etc.), solo se contaba con una computadora que estaba a cargo del Médico, quien no daba las facilidades para el uso de la computadora solo cuando ella creía conveniente, a veces no te lo entregaba; y la enfermera tenía que esperar su turno; y así fue hasta el 2009. A partir de esa fecha ingresé a trabajar en la Unidad de Epidemiología la cual está a cargo de un médico. Entonces me encuentro que la Vigilancia era pasiva, puesto que los casos no se reportaban, solo se informaba lo que estadística arrojaba. Ello me motiva a realizar una reorganización del SVEIIH, coordino con la Responsable del SVEIIH de la Red Sabogal, para mejorar la vigilancia y hacerla más activa, también se coordina con la Dirección de Epidemiología de la DISA V Lima - Ciudad, para la capacitación respectiva, a la vez se solicita recursos a la Dirección para que dote de un equipo de cómputo y así poder procesar adecuadamente la información

recolectada, y solicite una ampliación de las horas para el desarrollo del sistema la vigilancia; de inicio no se pudo hacer, sin embargo ayudo la Supervisión de la DISA V Lima-Ciudad en el año 2010. Que dentro de sus recomendaciones fue dotar de un equipo de cómputo a la Unidad de vigilancia de IIH, y se programe al personal de enfermería a tiempo completo.

A partir del año 2010, se implementa adecuadamente la unidad de Vigilancia de infecciones intrahospitalarias, con área física y un equipo de cómputo, para ello sirvió la intervención de la DGE/DISA Lima – Ciudad, y el apoyo del Jefe de Planeamiento y calidad; así como la Dirección y Coordinación de enfermería, al ampliar el horario de 48 horas a 100 horas mensuales. Aún es insuficiente

Logros:

- Se implementa la unidad de Vigilancia epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias, con equipo de cómputo.
- Se logra ampliar horas enfermera de 48 horas a 100 horas mensuales.
- La enfermera de Vigilancia epidemiológica de Infecciones intrahospitalarias, es asignada con carta Directoral, año tras año.
- Se implementan los reportes de las IIH en forma mensual, trimestral y anual con su respectiva discusión y análisis.
- Se logra socializar los reportes no solo a la dirección sino a las jefaturas involucradas, para la intervención oportuna.
- Se logra sensibilizar a la Coordinación de Enfermería, para poder intervenir en el servicio de Centro Quirúrgico. El servicio de esterilización resulta ser insuficiente, por ello es tercerizado y al no existir mayor control del producto estéril recepcionado.

La enfermera de Sala de Operaciones logra elaborar un registro en Excel para controlar los paquetes estériles, así como un comité de bioseguridad en su servicio, liderado por la enfermera.

- Se logró organizar un Curso sobre “Manejo adecuado de Residuos sólidos hospitalarios en el Hospital Marino Molina Scippa”. Noviembre del 2015. Se convocó a 100 trabajadores de la salud.
- Se logra realizar la vigilancia de IIH en pacientes hospitalizados, los que acuden a emergencia y aquellos que se atienden en el Tópico de cirugía de la consulta externa.
- Las enfermeras de Servicio de medicina, logran implementar un registro que permite la prevención de infección de la ulcera por presión en los pacientes hospitalizados.
- Se logra un sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias oportuna y permanente, la cual amerita que la Oficina de Informática e Inteligencia sanitaria del Nivel Central nos otorgue un reconocimiento en el año 2015 por brindar información en los tiempos establecidos.

Limitaciones:

- Se realiza la vigilancia de infecciones Intrahospitalarias en forma interdiaria, por falta de Recurso humano permanente.
- El poco compromiso y liderazgo de la Dirección y sus Coordinadores, en la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- El comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias 2016 del Hospital Marino Molina Scippa, se ha conformado, más no se ha instalado a la fecha.

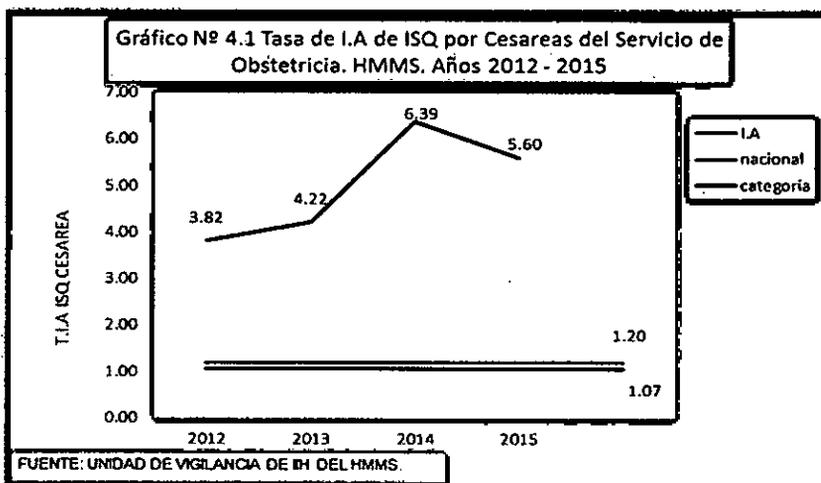
- La falta de insumos como clorhexidina al 2%, y papel toalla en los diferentes servicios, no permite el adecuado lavado de manos, que está demostrado que es la mejor medida costo efectiva para disminuir las infecciones intrahospitalarias.

IV. RESULTADOS

Para el presente informe se ha realizado la búsqueda y análisis de la información más relevante las cuales se presentan en tablas y gráficos estadísticos.

TABLA 4.1			
Tasa de Incidencia Acumulada de ISQ por Cesareas del Servicio de Obstetricia del HMMS. Años 2012 - 2015			
AÑOS	Nº ISQ	Nº CESAREAS	TASA I.A
2012	41	1074	3.82
2013	52	1231	4.22
2014	79	1237	6.39
2015	73	1303	5.60

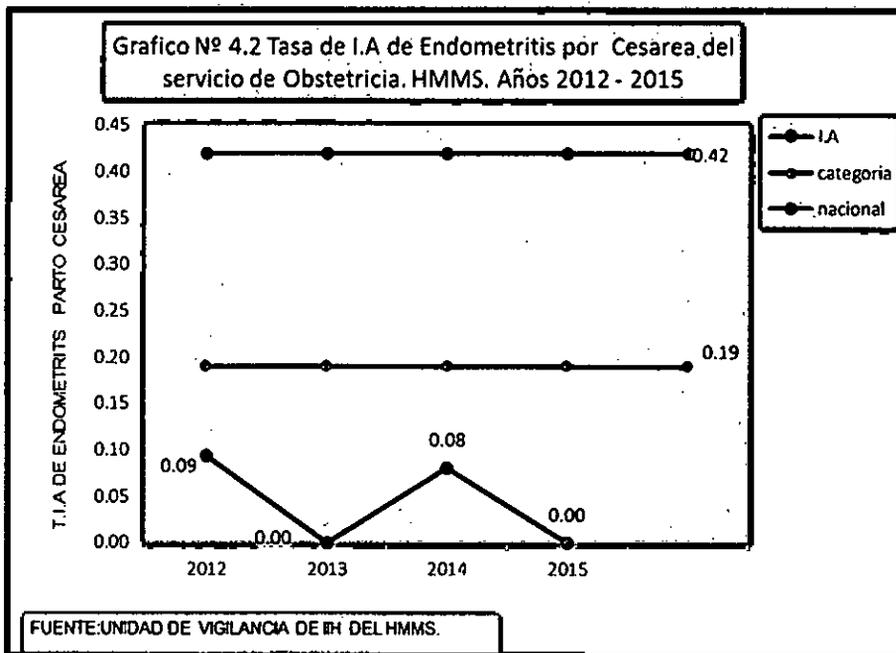
FUENTE: UNIDAD DE VIGILANCIA DE IHH DEL HMMS.



En relación al Gráfico Nº 4.1; se puede observar que la Tasa de Incidencia Acumulada de Infección de Sitio Quirúrgico por cesárea se han ido incrementando desde el año 2012 con (3.82), pasando por su pico más alto en el año 2014 con una tasa de (6.39) y bajando relativamente a (5.6) para el año 2015. Ubicándose muy por encima de la tasa nacional (1.20) y la tasa de su categoría (1.07). Ello nos permite deducir que cuanto más permanente es la vigilancia, más sensible se hace la identificación de Infecciones de Sitio quirúrgico por Cesáreas. Además existe una serie de deficiencias como es la higiene de manos, la falta de protocolos que estandaricen el manejo de una cesárea, la falta de insumos, etc.

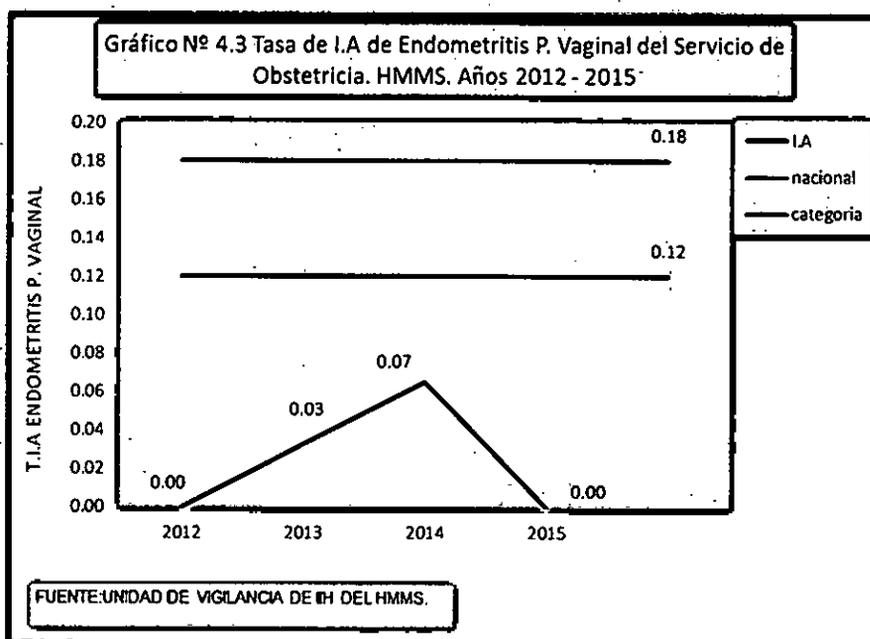
TABLA 4.2			
Tasa de Incidencia Acumulada de Endometritis por Cesareas del Servicio de Obstetricia del HMMS. Años 2012 - 2015			
AÑOS	N° ENDOM.	N° CESAREA	TASA I.A
2012	1	1074	0.09
2013	0	1231	0.00
2014	1	1237	0.08
2015	0	1303	0.00

FUENTE: UNIDAD DE VIGILANCIA DE IAH DEL HMMS.



En relación al gráfico N° 4.2 sobre la Tasa de incidencia acumulada de Endometritis por cesárea en el servicio de Obstetricia, se puede observar que la Incidencia Acumulada del 2012 (0.09) ha disminuido en el 2014 (0.08) hasta que en el 2015, no se registró ningún caso. Sin embargo nunca fue mayor que la tasa nacional (0.42). Se debe insistir en cumplir las barreras de seguridad para prevenir la ocurrencia de endometritis. El personal de entrenamiento debe ser adecuadamente inducido y estar bajo supervisión.

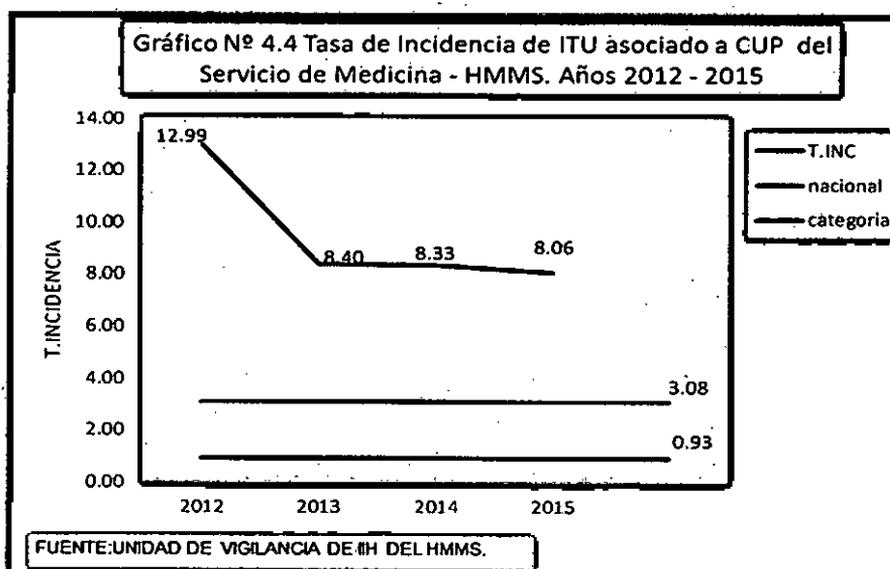
TABLA 4.3			
Tasa de Incidencia Acumulada de Endometritis por P. Vaginal del Servicio de Obstetricia del HMMS. Años 2012 - 2015			
AÑOS	Nº ENDOM.	Nº P. VAGINAL	TASA I.A
2012	0	2767	0.00
2013	1	3058	0.03
2014	2	3066	0.07
2015	0	3095	0.00
FUENTE: UNIDAD DE VIGILANCIA DE IH DEL HMMS.			



En relación al gráfico Nº 4.3 sobre la Tasa de incidencia acumulada de Endometritis por parto vaginal, en el servicio de Obstetricia, se puede observar que la Incidencia Acumulada del 2013 (0.03) llega a su pico en el año 2014 (0.07) y ha disminuido para el 2015 a (0.0). Aun así nunca fue mayor a la tasa nacional (0.18); ni a la categoría (0.12). Al igual que las endometritis por cesárea, se debe insistir en cumplir las barreras de seguridad, supervisar al personal de entrenamiento.

TABLA 4.4			
Tasa de Incidencia de ITU asociado a Cateter Urinario Permanente. Medicina del HMMS. Años 2012 - 2015			
AÑOS	Nº ITU	DIAS/EXPOSICION A CUP	ITU/1000 DIAS EXP.
2012	2	154	12.99
2013	1	119	8.40
2014	1	120	8.33
2015	1	124	8.06

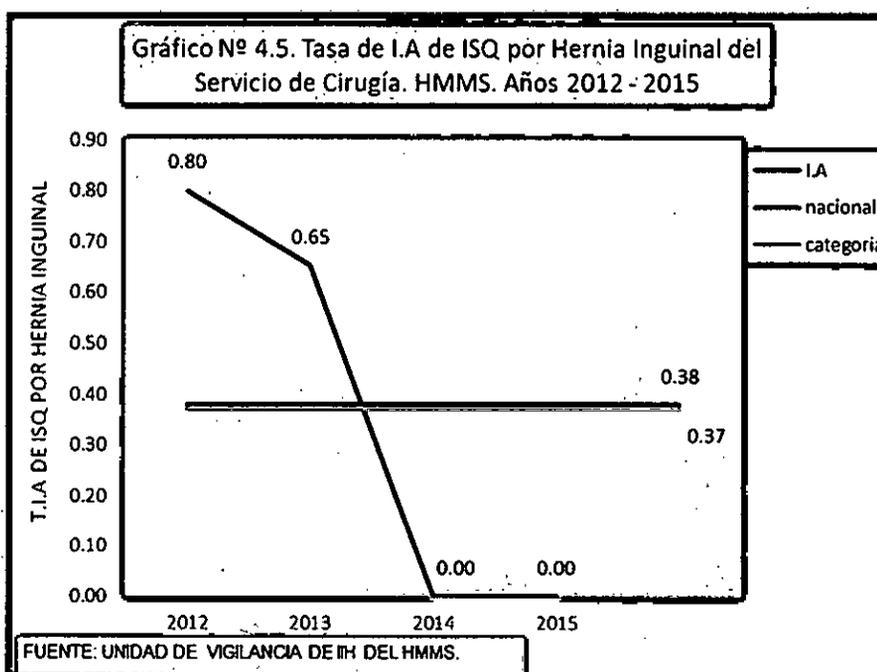
FUENTE: UNIDAD DE VIGILANCIA DE IHH DEL HMMS.



En el gráfico Nº 4.4 sobre La Tasa de Incidencia de Infección de tracto urinario (ITU) relacionado al uso de catéter urinario permanente (CUP) en el servicio de Medicina, se puede evidenciar que de los pacientes expuestos a este tipo de procedimientos en el año 2012, el número de ITU fue de 2 casos con una Tasa de densidad de incidencia de 12.99 por 1000 días catéter, en comparación con los años siguientes se evidencia que disminuye a 8.06 por 1000 días catéter en el año 2015. Por ello se recomienda continuar con el uso de barreras y de medidas de asepsia en la colocación, mantenimiento y retiro del catéter urinario. Es muy importante recordar lavarse las manos antes y después de cualquier manipulación de la sonda. Y aplicar los 05 momentos para la higiene de manos y recordar que la higiene de manos no exige al uso de guantes. Y seguir con el entrenamiento continuo al personal encargado de la colocación y cuidado del CUP.

TABLA 4.5			
Tasa de Incidencia Acumulada de ISQ por Hernia Inguinal del Servicio de Cirugía del HMMS. Años 2012 - 2015			
AÑOS	Nº ISQ	Nº HERNIA INGUINAL	TASA I.A
2012	1	125	0.80
2013	1	153	0.65
2014	0	124	0.00
2015	0	163	0.00

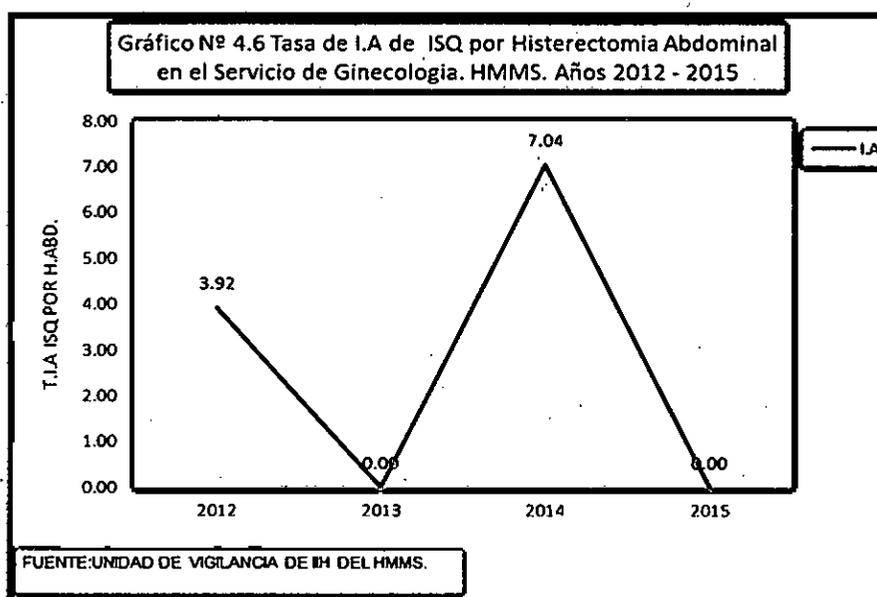
FUENTE: UNIDAD DE VIGILANCIA DE IIH DEL HMMS.



En relación al gráfico Nº 4.5 sobre ISQ por Hernia Inguinal en el servicio de cirugía, se puede observar que la Incidencia Acumulada del 2012 (0.80) ha disminuido para el 2013 (0.65), encima por el promedio nacional (0.38) y de la categoría (0.37); sin embargo a la fecha no se ha reportado casos de ISQ. Se debe insistir en cumplir las barreras de seguridad para prevenir la ocurrencia de ISQ por Hernia Inguinal.

TABLA 4.6			
Tasa de Incidencia Acumulada de ISQ por Histerectomía Abdominal del servicio de Ginecología del HMMS. Años 2012 - 2015			
AÑOS	Nº ISQ	Nº HISTERECTOMIA ABDOMINAL	TASA I.A
2012	2	51	3.92
2013	0	48	0.00
2014	5	71	7.04
2015	0	53	0.00

FUENTE: UNIDAD DE VIGILANCIA DE IIH DEL HMMS.



En relación al gráfico Nº 4.6 sobre Tasa de incidencia acumulada de ISQ por Histerectomía Abdominal en el servicio de Ginecología, se puede observar que la Incidencia Acumulada del 2012 (3.92), disminuyó en el año 2013 con cero casos, llegando a su pico más alto en el año 2014 (7.04), al 2015 se evidencia cero casos; al ser una IIH que no se vigila a nivel MINSA, solo en EsSalud, no existen estándares a nivel nacional para compararnos. Sin embargo cabe recomendar Continuar con las técnicas de asepsia y uso de barreas estériles, disminuir la estancia hospitalaria; uso racional de antibióticos y Entrenamiento continuo en las medidas de precaución estándar y técnicas del personal a cargo de la cirugía y cuidados post operatorios.

V. CONCLUSIONES

- a) La Gestión del profesional de enfermería en la conducción del sistema de vigilancia epidemiológica de las Infecciones intrahospitalarias, logra empoderar a la enfermera en el campo de Inteligencia sanitaria. Sin embargo la vigilancia lo hace en forma interdiaria por falta de recurso humano.
- b) La intervención de enfermería ha permitido fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de las Infecciones intrahospitalarias (IIH) o Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), ya que al ser más sensible ha permitido disminuir en forma progresiva la tasa de incidencia de las Infecciones asociadas al factor de riesgo.
- c) Debilidad de las Autoridades para liderar las acciones destinadas a disminuir las Infecciones Intrahospitalarias del Hospital Marino Molina Scippa. Lo cual se evidencia al no Activar el Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- d) Existe limitada provisión de insumos y materiales para una adecuada prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH).

VI. RECOMENDACIONES

- a) Recomendar a la Gerencia Central la asignación de un personal de enfermería a tiempo completo para fortalecer el trabajo de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias.
- b) En función de los hallazgos encontrados a través de los estudios de incidencia de Infecciones Intrahospitalarias, se sugiere elaborar Proyectos de Mejora Continua para disminuir las altas tasas de IIH.
- c) Se sugiere que las Autoridades asuman el liderazgo en la conducción del sistema de Vigilancia epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias, mediante la activación del comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- d) Se sugiere la adquisición y provisión oportuna de insumos para la adecuada Prevención y control de IIH.

VII. REFERENCIALES

1. OPS, **“Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de salud”**. Modulo III D.C. Washintong; 2012.
2. OPS, **“Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de salud”**. Modulo III D.C. Washintong; 2010.
3. HARLEY RW, CULVER DH, WHITE JW. **“The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals”**. EE.UU, Am J Epidemiol, 1985; 121: 182-205.
4. HARBARTH S, SAX H, GASTMEIER P. **“The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports”**. EE.UU, J Hosp Infect. 2003; 54 (4):258-66.
5. POLA BRENNER FRIEDMANN. **“Rol actual de la enfermera para el control de infecciones intrahospitalarias (IASS)**. Ministerio de Salud de Chile. Chile, 1996, Pág. 1-2
6. MINISTERIO DE SALUD. Direccion General de Epidemiología, NT: 026-2005/MINSA/OGE. Vol. 01 **“Norma Técnica de la vigilancia Epidemiologica de las Infecciones Intrahospitalarias”**. Lima-Perú. (2005).
7. ESSALUD. **“Guía Metodológica de Implantación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria”**. Lima-Perú. 2008
8. OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA, **Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias del Hospital Marino Molina Scippa**. Lima, setiembre 2016.
9. POLA BRENNER; PATRICIO NERCELLES; MÓNICA POHLENZ A; FERNANDO OTAÍZA y Alumnos del Magíster en Infecciones Intrahospitalarias, **“Costo de las infecciones intrahospitalarias en**

hospitales chilenos de alta y mediana complejidad". Rev. chil. infectol. Santiago. 2003. v.20 n.4

10. IZQUIERDO-CUBAS, Francisco; ZAMBRANO CÁRDENAS, Andrés; FRÓMETA SUÁREZ, ILEANA; BÁSTER Campaña, Miriam; DURAÑONES RODRÍGUEZ, Lourdes; SANTÍN PEÑA, Manuel **"Resultados de la vigilancia de infecciones nosocomiales en Cuba. 2001-2007"** Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. La Habana, Cuba septiembre-diciembre, 2009. vol. 47, núm. 3.
11. HERIBERTO ARÉVALO R; ROLLIN CRUZ M; Freddy PALOMINO V; Freddy FERNÁNDEZ V; Enrique GUZMÁN R; Raúl MELGAR A. **"Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en establecimientos de salud de la región San Martín, Perú"**. Rev. Perú. med. exp. Salud pública. Lima abr /jun. 2003. v.20 n.2
12. LUIS CUELLAR P; ROSA ROSALES C; FLORENTINO AQUIÑO R. **"Eficacia de un programa educativo para la prevención y el control de infecciones intrahospitalarias en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú"**. Rev. Perú. Med Exp Salud Pública. Lima ene /mar. 2004 v.20 n.1
13. QUISPE ZENOBIA. **"Indicadores de la vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, 2013 – 2014"**; Lima – Perú. Bol. Epidemiol. N° 24 (38): 7645 – 767.
14. ESSALUD, Directiva N°16-GCPS-ESSALUD-2016 **"Vigilancia de Infecciones Asociadas a la atención de salud en el seguro social de salud"** Perú, Julio 2016
15. SHERERTZ RJ, GARIBALDI RA, MAROSOK RD, et al. **Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections**. EE.UU, Am J Infect Control 1992; 20: 263-270.

16. HIERHOLZER WJ. **Principles of infections disease epidemiology.**
In: **Mayhall G.** EE.UU, Hospital epidemiology and infection control. 1997; 4-7.
17. GRIFFITH SJ. NATHAN C, SELEANDER RK, et al. **The Epidemiology of pseudomonas aeuroginosa in oncology patients in a general hospital.** EE.UU. J Infect Dis 1989. 160:1030-1036.
18. NIEDERMAN MS. **Bacterial adherence as a mechanism of airway colonization.** EE.UU. J Clin Microbiol Infect Dis 1989; 8:15-20.
19. SCRIMSHAW NS. **Malnutrition and nosocomial infection.** Infect control Hosp Epidemiol. EE.UU. 1989; 10:191-193.
20. STELLA MAIMONE, **“El Rol de la Enfermera en el Control de Infecciones (ECI).”** Argentina; abril 2015. Disponible en: http://www.codeinep.org/rol_2015.pdf
21. MARRINER TOMEY A, RAILE ALLIGOOD M. **Modelos y Teorías en Enfermería.** 4ta. ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 65-175.
22. NIGHTINGALE F. **Notes on Nursing.** Whatitis and Whatitis not. New York: Dover Publications, Inc; 1969.
23. SELWYN S. (1991). **Hospital infection: the first 2500 years.** J Hosp Infection, 18 (Suppl. A) 5-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1679822>
24. Diccionario, Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/vigilancia>
25. HMMS, Oficina de Estadística del Hospital I Marino Molina Scippa. EsSalud. 2015.

ANEXOS

ANEXOS

	Pág.
ANEXO A: FOTO DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA.....	47
ANEXO B: FOTOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.....	48
ANEXO C: APLICATIVO WEB SVEIIH – MINSA.....	50
ANEXO D: APLICATIVO WEB SVEIIH – ESSALUD.....	51
ANEXO E: FORMATO PARA LA VIGILANCIA DIARIA DE FACTOR DE RIESGO PARA ISQ.....	52
ANEXO F: INFORME OPERATORIO DE CIRUGÍA MAYOR.....	53
ANEXO G: LIBRO DE REGISTRO DE PARTO DIARIO.....	54

ANEXO A:

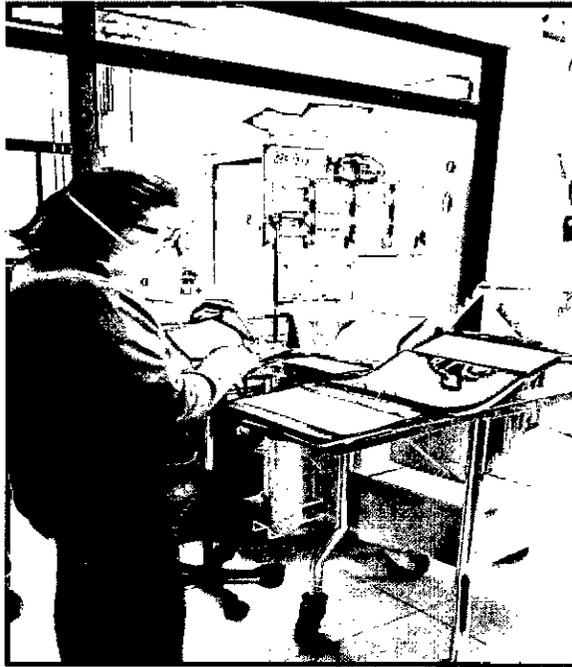
FOTO DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA



Hospital Marino Molina Scippa - EsSalud

ANEXO B:

FOTOS DE LA VEIHH



Verificando en el Kardex la estancia >48 horas de los pacientes.



Realizando vigilancia en Neonatos.



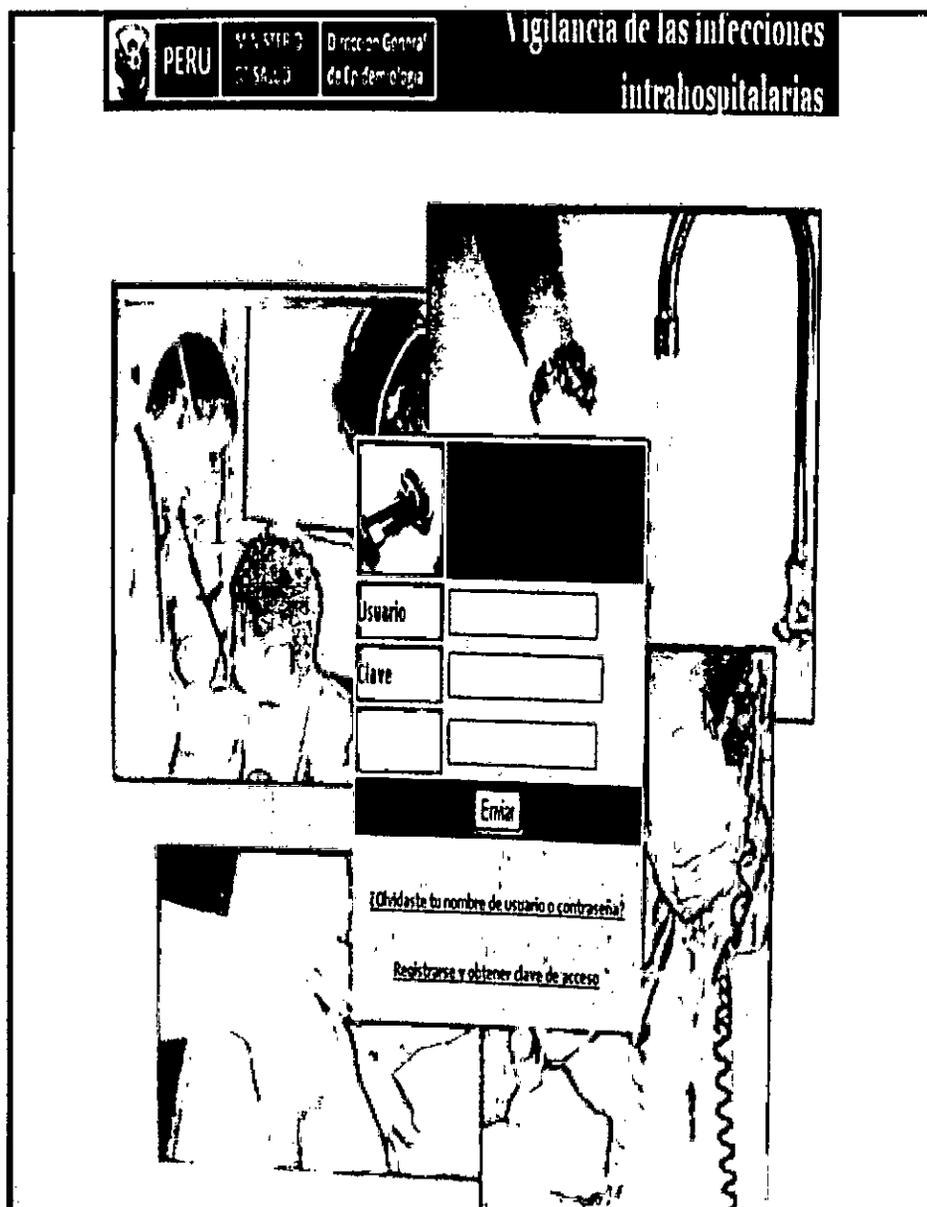
Observando el catéter Urinario Permanente en Hospitalización de Medicina.



Verificando datos del Paciente hospitalizado a través de la historia clínica.

ANEXO C:

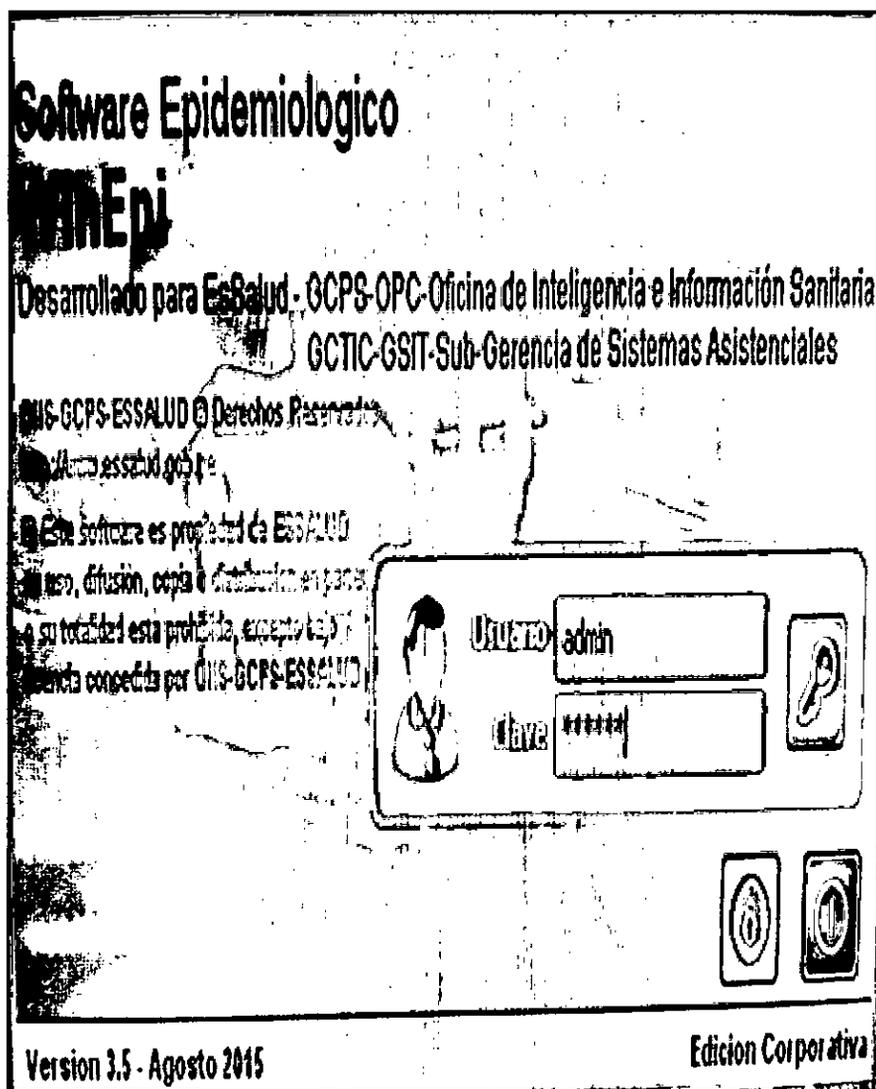
APLICATIVO WEB SVEIHH – MINSA



Aplicativo on line para remisión de información al MINSA

ANEXO D:

APLICATIVO WEB SVEIIIH – ESSALUD



Aplicativo on line para remisión de información a la Oficina de
Inteligencia Sanitaria- EsSalud

ANEXO F:

INFORME OPERATORIO DE CIRUGÍA MAYOR

EsSalud Red Asistencial Sabogal
INFORME OPERATORIO CIRUGÍA MAYOR

Nº: 11/04/2006

9504300 HCU
Apellidos: Palomino Meza, Nombre: María del Carmen

Profesional: Dr. Palomino Meza
Especialidad: Ginecología
Tipo de anestesia: General

Enfermera Inscr. II

Horario: 03:00 Hora término operac: 03:35 Tiempo operatorio: 35 min

Procedimientos:

- 1) RMN y Abon 9 para 3000g
- 2) ligadura de trompas por método de Pomeroy
- 3) ligadura de trompas por método de Pomeroy
- 4) ligadura de trompas por método de Pomeroy
- 5) Cruz Unidad de Cuidado

Resultados: Buen término quirúrgico
2 RMN ± resultado de término quirúrgico

Post-operatorio: El meso de la histero

Firma: [Firma]

Dr. Elida Ríos Salirrosas
GINECO - OBSTETRICIA
C.M.P. 28838
R.N.E. 12922
MÉDICO
FIRMA Y SELLO

Fuente de recojo de información en el servicio de cirugía

ANEXO G:

LIBRO DE REGISTRO DE PARTO DIARIO

The image shows a page from a medical record book. At the top left, there is a logo for 'Essalud' and the title 'SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA SALA DE PARTOS'. The page is filled with a grid of handwritten entries, likely representing daily birth records. The columns and rows contain various pieces of information, such as patient names, dates, and medical details, though the text is too small and high-contrast to be read accurately. The handwriting is dense and fills most of the page area.

Fuente de recojo de información en sala de partos – Obstetricia.