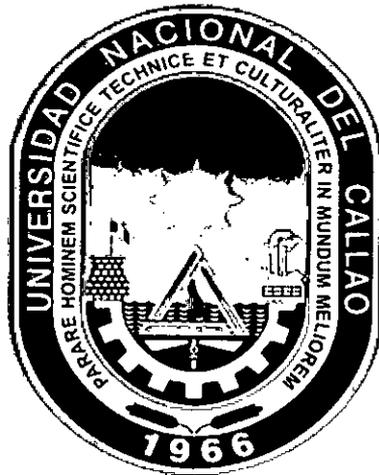


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA DE LAS
COMPLICACIONES INTRA HOSPITALARIAS: LOGROS DE
ENFERMERÍA – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA 2015/2017**

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

ROSA MERCEDES HURTADO HUERTAS

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 133

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02/03/2018

Resolución Decanato N° 587-2018-D/FCS de fecha 22 de Febrero 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	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	8
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	27
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	32
IV. RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema Salud Pública pues aumentan la morbilidad y mortalidad de los pacientes hospitalizados, prolongan la permanencia en el Hospital, incrementan los costos de hospitalización, y aumentan los costos directos de los pacientes lo cual representa un grave perjuicio de la economía doméstica del paciente, por lo que produce impacto no solo desde la vista económica, sino también moral para los trabajadores y la institución cuyo objetivo es la restitución de la salud y no desencadenar enfermedades, teniendo en cuenta que el hombre en su lucha por curar ha creado métodos y técnicas que originan otros problemas entre ellos la infección

En el Servicio de Epidemiología del HNERM desde 1994 en que se implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las complicaciones Intrahospitalarias, se viene realizando la vigilancia de la incidencia de las complicaciones llamadas también Infecciones Intrahospitalarias (IIH) o Infecciones Nosocomiales. (1)

Se ha desarrollado también campañas de lavado de manos dirigido a los Médicos, Enfermeras y personal Técnico de las áreas de hospitalización, en donde se ha instaurado un Sistema de Monitoreo del Lavado de Manos y el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad en el que impactando en la disminución de la tasa de incidencia de las IIH.

Este sistema de vigilancia Epidemiológica de las complicaciones Intrahospitalarias (VEA) ha desarrollado múltiples estrategias y es dirigido al paciente Interno; a la familia del paciente hospitalizado que proviene de Lima y del Perú, con diferente nivel educacional, socioeconómico y con diversidad de costumbres culturales.

A través del sistema VEA se espera prevenir las Infecciones Intrahospitalarias, disminuir los costos asociados a las infecciones intrahospitalarias por sobre estancia, uso prolongado de antibióticos

insumos de curación y otros, Reducir el riesgo de exposición laboral del equipo de salud a los agentes patógenos.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los logros de Enfermería en la vigilancia epidemiológica activa de las complicaciones intrahospitalarias en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, el capítulo II incluye el marco teórico conceptual, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV los resultados, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII Referencias bibliográficas y un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Las complicaciones Intra-Hospitalarias son motivo de gran preocupación por parte de las instituciones sanitarias por los sobrecostos y el que tienen en la calidad de atención. De allí la importancia de contar con un Programa de prevención y control de las complicaciones que se pueden dividir en infecciosas y no infecciosas.

Los Centers for Disease Control (CDC) estiman que casi dos millones de pacientes adquirirán una infección intrahospitalaria cada año mientras permanecen en un hospital y casi 90,000 de ellos morirán debido a una de estas infecciones (2). Aproximadamente el 1% de estos pacientes mueren como consecuencia directa de su infección y en 3% las infecciones intrahospitalarias contribuyen a la muerte del paciente (3).

Las IH constituyen actualmente un importante problema de salud a nivel mundial, no solo para los pacientes sino también para su familia, la comunidad y el estado (4). Diversos informes internacionales indican que los costos de estas infecciones varían según el tipo de infección y según el hospital y el país; estas infecciones además de prolongar la estadía del paciente, contribuyen significativamente al incremento de los costos, por el uso de antimicrobianos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en todo el mundo más de 1,4 millones de personas contraen infecciones en el hospital, entre el 5% y 10% de los pacientes admitidos en los hospitales en los países desarrollados, adquieren una infección nosocomial; y en algunos países en desarrollo, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25% (5).

En Estados Unidos se informa un exceso de costos de \$560 por cada infección del tracto urinario y entre \$3.000 y \$40.000 por cada infección del torrente sanguíneo. Dos millones de estadounidenses adquieren una infección nosocomial cada año, con una tasa de 5 por cada 100 hospitalizaciones (5%). Estas infecciones causan un aumento de \$4,5 billones en los costos de la atención hospitalaria y 88.000 muertes; 70% de las infecciones son debidas a organismos resistentes a por lo menos un antibiótico (6).

En un estudio realizado en una unidad de cuidado intensivo quirúrgico en el Hospital Metodista de Houston, Texas (Estados Unidos), se demostró que: La contratación de una Enfermera específicamente para el control y cuidado de catéteres venosos había ahorrado \$108.000 en los primeros seis meses. Su salario anual era de \$50.000 tanto las infecciones del torrente sanguíneo y las neumonías, como las infecciones del tracto urinario (6).

El impacto de las infecciones intrahospitalarias depende de varios factores: Incidencia, tipos de infección, disponibilidad de tratamientos eficaces, costo de la atención, y la estructura de la red asistencial. Su impacto se relaciona directamente con los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento como son: Tiempo Médico. Tiempo Enfermera. Tiempo Terapeuta. Los costos de laboratorio clínico y microbiológico, Exámenes radiológicos Antimicrobianos requeridos. Oxígeno, materiales medico quirúrgicos y otros (6).

En la mayoría de los países latinoamericanos se tiene una idea vaga de cómo las infecciones hospitalarias inciden en los costos y en la morbilidad de los pacientes. Dado que los presupuestos de las instituciones públicas son extremadamente limitados. Esta información es de vital importancia para planificar y ejecutar acciones que conduzcan a mejorar y aprovechar los recursos (6).

Según los reportes de la Dirección de Salud V Lima Ciudad durante el 2011 se notificaron 1929 infecciones intrahospitalarias; señalando con un 23.9% a las infecciones del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente, seguido de las Infecciones de Herida Operatoria post cesárea 21.7%, las neumonías asociadas a ventilación mecánica 18.5%. A pesar del elevado costo que representa este método de vigilancia para el mundo, la magnitud e importancia del problema hacen imprescindible asumirlo (7)

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de nivel IV, perteneciente a la seguridad social, es uno de los más grandes y de mayor complejidad en el Perú. Siendo centro de referencia a nivel nacional, tiene una alta afluencia de pacientes, por la gran variedad de exámenes de ayuda diagnóstica que pueden realizarse con mucha mayor facilidad y velocidad que en otras instituciones. Cuenta con un capacidad de 1600 camas hospitalarias, 57 servicios con todas las especialidades médicas, centro quirúrgico con 16 salas de operaciones y 7 salas de operaciones satélites por especialidad, 7 UCIS y 5 Emergencias.

Según Hidalgo (2011) la prevalencia de pacientes con infecciones hospitalarias en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins fue de 7,54 casos por 100 pacientes hospitalizados, encontrándose dentro del intervalo esperado en comparación a estudios previos en diversos hospitales a nivel nacional y mundial. Si bien la vigilancia activa de las infecciones hospitalarias a través de la Oficina de Inteligencia Sanitaria, logró reducir la prevalencia de infecciones hospitalarias de 14,4 a 8,4 por cada 100 pacientes hospitalizados entre los años 1996 y 2004; el área con mayor prevalencia de infecciones fue cuidados intensivos (pediátricos e intermedios), pudiendo explicarse porque la diversidad de procedimientos invasivos en el manejo de pacientes, y al pobre cumplimiento de las normas de

bioseguridad. Así mismo las infecciones hospitalarias se asociaron a estancias hospitalarias prolongadas (8).

Entre los años 2015 al 2017 realizamos dos estudios de prevalencia cada año encontrándose que la tasa de prevalencia en Enero del 2015 fue de 10.04% y en agosto del 2017 bajo a 8.01%.

En estudios realizados por la Unidad de Epidemiología del hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2015 encontramos que el costo que ocasionaran las IIH para el hospital eran aproximadamente de 6.5 millones de dólares anuales lo que ha determinado que se dé prioridad el control y prevención de las IIH.

EsSALUD es la única institución en el Perú que vigila no solamente las complicaciones Infecciosas sino también no infecciosas. Desde 1994 el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins realiza la Vigilancia activa de las complicaciones Intrahospitalarias (CIH) a través de la Oficina de Inteligencia Sanitaria la que cuenta con un equipo multidisciplinario de 22 profesionales

En tal sentido, la Unidad de Epidemiología que tiene a cargo el Programa y/o Sistema VEA constituye una de las unidades más importantes dentro del Hospital ya que esta Unidad ha demostrado con evidencias que si no se le da la importancia debida a las intervenciones en salud Pública y si no se involucre a todos los actores del cuidado, incluida la familia no podremos lograr el impacto del cuidado en la optimización de nuestros pacientes asegurados.

1.2 Objetivo

Describir la Experiencia del Sistema De Vigilancia Epidemiológica Activa de las Complicaciones Intrahospitalarias: Logros De Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2015 – 2017.

1.3 Justificación

Las infecciones hospitalarias constituyen uno de los principales problemas de la institución, porque deterioran la salud de los pacientes hospitalizados y en muchos casos son responsables de una morbilidad incrementada con prolongación de estancia hospitalaria que condiciona el uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro y exámenes de laboratorio, los cuales aumentaran considerablemente costos del paciente y costos cama día.

Por lo antes mencionado, El sistema de Vigilancia Epidemiológica activa establecida en EsSalud para control de infecciones hospitalarias y complicaciones permitió establecer rutas de trabajo y proporcionó información muy importante para la toma de decisiones en ese sentido, logrando a través de medidas de prevención y control oportuno disminuir la morbi-mortalidad, el impacto social y económico provocado por los eventos que aumentan el riesgo de que la infección ocurra.

Por ello este estudio adiciona información relevante sobre los logros de Enfermería, como parte del equipo multidisciplinario, en la Vigilancia Epidemiológica Activa de las complicaciones intrahospitalarias; y se resalta la importancia de incrementar el conocimiento del personal asistencial que labora en el hospital, sobre la magnitud de las infecciones hospitalarias, su relación a las prácticas del cuidado de salud y el potencial para intervenir sobre ellas antes de que ocurran.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

GARCIA C. & ALFONSO P. (2013) realizaron un estudio titulado **“Vigilancia epidemiológica en salud”** cuyo objetivo fue analizar la literatura científica sobre vigilancia epidemiológica en función de la aplicación de este concepto en la práctica de la salud pública en Cuba. Método se realizó un análisis bibliográfico que incluyó la búsqueda en los idiomas inglés y español de investigaciones propias del tema, así como documentos rectores y conferencias, se utilizó como herramienta artículos relacionados en las bases de datos Medline Pubmed, con el término de vigilancia epidemiológica, como objetivo de esta investigación, revisándose los textos completos de las publicaciones seleccionadas. Resultados: la bibliografía revisada coincide en la necesidad de aplicar los conceptos de la vigilancia epidemiológica en el estudio de eventos sanitarios para la toma de decisiones. Para que una organización sea eficiente debe tener adecuada vigilancia epidemiológica. Conclusiones: con esta revisión bibliográfica se pudo mostrar múltiples elementos teóricos que se pueden considerar para realizar la vigilancia epidemiológica, así como ayudar a la selección del alcance y objetivos del sistema de vigilancia epidemiológica a implementar para el diseño de estrategias en el campo de la salud. (9)

GONZALES M.; SILVA S.; BELLISIMO F.; LAUS A. (2015) realizaron un estudio titulado **“Evaluación de los Programas de Control de Infección Hospitalaria en servicios de salud”** cuyo Objetivos: evaluar los Programas de Control de Infección Hospitalaria en las instituciones hospitalarias respecto a los indicadores de estructura y proceso. Método: se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y cuantitativo, desarrollado en 2013. La población fue compuesta por 13

Programas de Control de Infección Hospitalaria de servicios de salud de una ciudad brasileña del interior paulista. Fueron utilizados instrumentos de dominio público, disponibles en el Manual de Indicadores de Evaluación de Prácticas de Control de Infección Hospitalaria. Resultados: los indicadores con mayor promedio de conformidad fueron “Evaluación de la Estructura de los Programas de Control de Infección Hospitalaria” (75%) y “Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infección Hospitalaria” (82%) y aquellos con menores promedios “Evaluación de las Directivas Operacionales” (58,97%) y “Evaluación de las Actividades de Control y Prevención de Infección Hospitalaria” (60,29%). Conclusión: el uso de indicadores permitió identificar que, a pesar del conocimiento producido sobre acciones de prevención y control de infecciones hospitalarias, todavía existe un gran hiato entre la práctica y las recomendaciones. (10)

VÉLEZ C.; PEÑA R.; NECIOSUP E.; MEDRANO O. (2013) realizaron un estudio titulado **“Situación actual de la vigilancia de infecciones intrahospitalarias en hospitales de Lambayeque: propuestas de mejora”** Introducción. Las infecciones intrahospitalarias (IIH) representan un serio problema de salud pública en el Perú y el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo que presentan deficiencias en los servicios de salud. El 2013 se reportó 80 IIH captadas por el sistema de vigilancia de los hospitales del Ministerio de Salud; mientras que la Seguridad Social (Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo) se encontró 52% de los servicios hospitalarios presentaron IIH (tasa de prevalencia=9,34%). Situación actual de la vigilancia infecciones intrahospitalarias en Lambayeque: para su identificación se realizó un grupo focal con los responsables de los sistemas de vigilancia de hospitales para recoger toda la información posible sobre las percepciones del proceso de vigilancia. Problemas identificados: recursos humanos (insuficiente cantidad

recursos humanos, rotación constante, insuficiente capacitación y resistencia del personal asistencial a colaborar a la vigilancia); normas (normatividad desactualizada y desconocida); sensibilización (falta de sensibilización de autoridades del centro asistencial, percepción como actividad fiscalizadora, ausencia de conformación de comités, y los existentes no son funcionales, vigilancia incompleta de los servicios priorizados según factores de riesgo estipulado por normatividad y realización de vigilancia pasiva); logística (insuficiente capacidad resolutive de los laboratorios para identificación de agentes causales y cantidad insumos para bioseguridad disminuidos). Propuestas de mejora: lograr una buena gestión y apoyo a la vigilancia de las IIH, asegurar un buen desempeño del recurso humano para la vigilancia de IIH, asegurar suficiente cantidad de RR HH para las IIH y asegurar logística en recursos de laboratorio y bioseguridad (11).

LIZARBE M. (2008) realizo un estudio titulado **“Evaluación de un nuevo modelo de vigilancia epidemiológica activa de las infecciones intrahospitalarias de la Unidad de Cuidados Intensivos General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”** objetivo: Evaluar un nuevo modelo de vigilancia epidemiológica en la identificación de IIH en la Unidad de Cuidados Intensivos General del HNERM. Material y Métodos: Se utilizó un diseño longitudinal. La variable de estudio fue la presencia de IIH. La recolección de datos se llevó a cabo durante un mes en la UCIG, a partir de la historia clínica de cada paciente y de la información facilitada por el médico y la enfermera responsables. Se obtuvo la cobertura, densidad de incidencia, sensibilidad, especificidad y VPP de ambos modelos de vigilancia. Resultados: La cobertura del nuevo modelo propuesto fue 1.5 veces mayor que la del sistema de rutina. Así mismo se observó mayor densidad de incidencia, sensibilidad y VPP, aunque menor especificidad en el nuevo modelo. Conclusión: El

nuevo sistema de vigilancia propuesto identifica un mayor número de IIH que el de rutina. Palabras claves: Infecciones nosocomiales, Vigilancia epidemiológica RESUMEN Objetivo: Evaluar un nuevo modelo de vigilancia epidemiológica en la identificación de IIH en la Unidad de Cuidados Intensivos General del HNERM. Material y Métodos: Se utilizó un diseño longitudinal. La variable de estudio fue la presencia de IIH. La recolección de datos se llevó a cabo durante un mes en la UCIG, a partir de la historia clínica de cada paciente y de la información facilitada por el médico y la enfermera responsables. Se obtuvo la cobertura, densidad de incidencia, sensibilidad, especificidad y VPP de ambos modelos de vigilancia. Resultados: La cobertura del nuevo modelo propuesto fue 1.5 veces mayor que la del sistema de rutina. Así mismo se observó mayor densidad de incidencia, sensibilidad y VPP, aunque menor especificidad en el nuevo modelo. Conclusión: El nuevo sistema de vigilancia propuesto identifica un mayor número de IIH que el de rutina. Palabras claves: Infecciones nosocomiales, Vigilancia epidemiológica. Sensibilidad, Especificidad, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lógica. Sensibilidad, Especificidad, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. (12)

2.2 Marco Conceptual

La epidemiología social trata de comprender como los factores sociales afectan la salud, superando el enfoque exclusivamente biomédico, investiga de manera explícita los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones (13).

A nivel hospitalario, el estudio más específico de la epidemiología, se refiere al análisis de la distribución y los determinantes de enfermedades relacionados con la salud y su aplicación al control de enfermedades y otros problemas de salud. Entre los métodos más utilizados encontramos: la vigilancia y los estudios descriptivos que pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos que permiten analizar los factores determinantes (14).

La vigilancia epidemiológica, como tema central del presente informe, consiste en la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud, donde los objetivos principales son: la detección precoz, la identificación de grupos de riesgo y finalmente la adaptación de la tarea al individuo (9).

2.2.1 SEGURIDAD HOSPITALARIA

La seguridad hospitalaria implica proveer la información necesaria para tener el cuidado razonable en cuanto a seguridad de los pacientes, empleados y transeúntes de un hospital (15).

a) Inteligencia Sanitaria

El sistema de inteligencia sanitaria , integrado y de alcance nacional está dirigido a orientar una toma de decisiones de gestión en base a la evidencia, que en lo inmediato debe contribuir a una mejor

orientación de la oferta de salud expresada en atención con un enfoque de riesgo y en la protección de los grupos de la población más vulnerables (16).

b) Sistema de Vigilancia Activa

Es un conjunto de acciones que incluyen la recolección, análisis y diseminación continua y sistemática de datos esenciales que permiten identificar los factores determinantes, con la finalidad de planificar, implementar y evaluar medidas de intervención para la prevención y control de las enfermedades o eventos de importancia en salud pública (17).

En este tipo de vigilancia, el equipo de salud acude a la fuente de información para realizar una búsqueda intencional de casos del evento sujeto de vigilancia. El personal de salud busca directamente los datos objeto de vigilancia, incluso revisando los registros rutinarios del servicio de salud y los registros diarios de atención a las personas (18)

La vigilancia activa tiene la ventaja de garantizar mayor integridad al sistema, esto es, de reducir significativamente la probabilidad de no detectar casos que efectivamente estén ocurriendo (que es la desventaja de la vigilancia pasiva) (18).

Es así como la vigilancia activa mejora la detección de las Infecciones Intrahospitalarias (IIH), disminuyendo los sesgos y permitiendo comparar tendencias en los hospitales y entro diversas instituciones.

Objetivos de la vigilancia en IIH:

- Diagnóstico de situación
- Disminuir IIH
- Establecer niveles endémicos
- Detectar brotes epidémicos

- Evaluar las medidas de control
- Detección de factores de riesgo
- Cumplir con la normativa nacional

c) Complicaciones Hospitalarias

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.

La epidemiología es una disciplina que ofrece instrumentos para la planificación y la conducción estratégica de la salud pública. En efecto, aplicando un enfoque epidemiológico es posible reconocer perfiles y factores de riesgo en unidades espacio poblacional homogéneo. El término de epidemiología hospitalaria fue acuñado por primera vez en los Estados Unidos, producto del reconocimiento del uso potencial de los métodos y técnicas epidemiológicas en los hospitales para el estudio y control de las enfermedades infecciosas, así como para la evaluación del impacto de las intervenciones implementadas para su solución.

- **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 practica 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 cinco ejes importantes.

- **Vulnerabilidad del Paciente:** Es un conjunto de atributos del paciente, relacionados con características propias (Ej. Edad), la presencia de co-morbilidad y algunos elementos producidos por la organización
- **Del sistema de salud:** como la demora del acceso al servicio, los cuales incrementan la probabilidad de enfermar y morir por una infección intra-hospitalaria.
- **Gestión de riesgos y eco-sistemas hospitalarios:** Es la capacidad del hospital de identificar y reducir los riesgos de propagación de infecciones, entendiendo al hospital como un ecosistema, en el cual un manejo técnico adecuado debe reducir la permanencia y propagación de gérmenes intra-hospitalarios.
- **Procesos de Atención:** Todo el conjunto de acciones orientadas a la ejecución de las intervenciones preventivas, curativas y recuperativas en el paciente. Contempla todos los aspectos relacionados con la estancia hospitalaria, que tienen relación con la exposición a las infecciones intrahospitalarias. Desde el seguimiento de determinados protocolos o normas específicas, hasta la percepción de usuarios y trabajadores de salud, respecto al cumplimiento y pertinencia de dichos procesos.

- **Gestión Clínica:** Es el desarrollo de un conjunto de lineamientos técnicos destinados a resolver los problemas del paciente de la manera más eficaz posible con la menor generación de discapacidad y la implementación de un conjunto de medidas técnico administrativas orientadas a garantizar su ejecución. .
- **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 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 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. 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. 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 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; basta pequeñas concentraciones de microorganismos para producir la infección, y ésta se desarrollará en sitios inusuales. Para que se desarrolle la infección, el agente debe ser en número suficiente para su multiplicación. La transmisión puede ser directa o indirecta.

d) Sistema de vigilancia de prevención y control de las complicaciones intrahospitalarias

Componentes:

1. Vigilancia Epidemiológica

- Incidencia de CIH
- Prevalencia de la CIH
- Estudio de Brotes
- Vigilancia de la resistencia antimicrobiana
- Mapa Microbiológico
- Mortalidad y Letalidad

2. Desinfección y Esterilización

3. Política de uso de antibióticos

4. Medidas de Aislamiento.

5. Medidas de Bioseguridad.

6. Medidas de Prevención de las CIH Monitoreo y supervisión de la higiene de manos.

7. Capacitación del Personal.

8. Evaluación del Sistema.

Características de la Vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias

- No punitivo
- Confidencial
- Independiente
- Oportuna
- Interviene
- Vigilancia mixta: activa/pasiva/virtual

2.2.2. ENFERMERA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (EVE)

La enfermería como disciplina de las ciencias de la salud, es un servicio especial en la atención de la salud que se caracteriza por el establecimiento de un proceso interpersonal, dinámico y continuo con la persona para identificar y resolver los problemas de naturaleza biopsico sociocultural en el mantenimiento del equilibrio entre él y su medio ambiente, en todas las etapas del ciclo vital, mediante actividades preventivo promocionales, recuperativo y de la realidad nacional que ayuda a comprender al hombre como a una unidad sin olvidar el ente espiritual, tomando decisiones y empleando juicio crítico en la solución de la problemática que se presenta en el diario que hacer

La enfermera es un personal esencial para el control de infecciones por el trabajo que realiza de Vigilancia Epidemiológica, entrenamiento y supervisión de la ejecución de rutinas.

Debe tener dedicación exclusiva a la actividad del control de infecciones.

El número de Enfermeras de Vigilancia Epidemiológica por camas dependerá de la complejidad del hospital.

Debe ser licenciada en Enfermería o con Curso especializados en Vigilancia Epidemiológica, con experiencia de trabajo en servicios de riesgo y conocimientos en Epidemiología, Estadística, Microbiología, así como capacitación en aspectos específicos de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, técnicas de supervisión y destreza para realizar adiestramiento formal e incidental.

a) Teórica Martha Rogers “Modelo de Los Procesos Vitales”

El objetivo del modelo de es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud (19).

Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial. Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud (19).

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas, muy avanzadas, y dice la enfermería requiere una nueva perspectivas del mundo y sistema del pensamiento nuevo, enfocado a la que de verdad le preocupa (El fenómeno enfermería) (19).

b) Labor de la Enfermera en la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria:

1. Realiza actividades de vigilancia epidemiológica: pesquisa de casos sépticos según las definiciones del programa, tiene la

responsabilidad de notificar el caso en los registros oficiales, participa en la consolidación y análisis de los datos de infecciones, tasas, frecuencia de infecciones por servicios, localizaciones, microorganismos aislados, e informa los resultados.

2. Participar en los estudios planificados para la identificación de los factores de riesgo, manejo de brotes epidémicos, prevalencias para la evaluación de la eficiencia del sistema de vigilancia epidemiológica así como en otras investigaciones.
3. Participar en la adecuación del programa de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, de las normas, procedimientos, programas de capacitación y orientación en materia de infecciones además supervisa su cumplimiento.
4. Asesorar a los miembros del equipo de salud en materia de infecciones intrahospitalarias.
5. Supervisión de la ejecución de rutinas y procedimientos y evaluación de medidas de prevención y control de infección.
6. Indicación de medidas de prevención con pacientes infectados o portadores de microorganismos resistentes a antibioticoterapia.
7. Elaborar rutinas necesarias para prevenir infecciones y actualizarlas periódicamente.
8. Supervisar y orientar métodos de procesamiento de materiales y equipos a esterilizar, bien como control de la calidad o como validación del proceso.
9. Participar en la elaboración y actualización de las rutinas conjuntamente con las enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas y médicos, pertinentes a la prevención de

infecciones. Investigar epidemias de infección y adoptar las medidas necesarias que tengan como objetivo el control y resolución del mismo.

10. Participar en los proyectos de investigación y trabajos científicos.
11. Participar en la supervisión de proyectos de arquitectura en obras y construcciones para mejorar la adecuación del ambiente en la prevención y control de las infecciones nosocomiales.
12. Participar en las reuniones de trabajo con la coordinación de enfermería informando los problemas y dificultades relacionadas con el control de infecciones.
13. Participar en los comités de control de infección, comité de materiales y otros.

2.2.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL

a) Transición de la vigilancia epidemiológica en el HNERM

- Vigilancia Global, total.
- Implementación de la Vigilancia de IHH por factores de Riesgos según normativa MINSA.
- Priorización de servicios con mayor reporte de Infecciones Intrahospitalarias
- Vigilancia a servicios priorizados
- Reporte de complicaciones en servicios sin vigilancia epidemiológica.

- Retomar la vigilancia de complicaciones Intrahospitalarias más Infecciones por dispositivos.

b) Implementación

El profesional de enfermería como parte del equipo multidisciplinario de salud, también interviene directamente en la vigilancia epidemiológica activa; es así como en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se realizó y aportó en lo siguiente:

- Protocolo estandarizados para el sistema de vigilancia epidemiología activa: Tomando en cuenta las infecciones y complicaciones (úlceras por presión, caídas), a veces los pacientes mueren por la infección que presentan, pues ingresan con una ulcera de 1° grado, y terminan con una de 4° grado.
- Cuenta con un software para la evaluación: Es el único hospital a nivel país que hace ese tipo de vigilancia, a través de un software en el sistema de gestión hospitalaria.
- Vigilancia activa: tanto de los procedimientos de riegos y la presencia de complicaciones infecciosas y no infecciosas
- Monitoreo del lavado de manos: Cuenta con un comité hospitalario, único y centralizado, así mismo cada servicio cuenta con un subcomité, todos con los mismos parámetros y comandado por un médico y una enfermera, donde todo el personal sin excepción participa. Con esta propuesta se ha conseguido disminuir la tasa de infecciones, pero no la tasa de complicaciones no infecciosas.

2.3 Definición de términos

- **Epidemiología:** Estudio de los modelos de determinantes y antecedentes de enfermedad en poblaciones humanas.
- **Método epidemiológico:** Una aplicación del método científico a los problemas de salud de un grupo humano. Tiene las siguientes etapas: Observación del fenómeno epidemiológico, Tabulación y comparación de los datos observados, Elaboración de hipótesis, Comprobación de hipótesis, Informe o formulación de leyes.
- **Vigilancia Epidemiológica:** Recolección y análisis de los datos registrados en forma sistemática, periódica y oportuna, convertidos en información integrada estrechamente con su divulgación a quienes tienen la responsabilidad de intervención y a la opinión pública.
- **Vigilancia epidemiológica activa:** recoge datos en el terreno donde se usan unas encuestas sistemáticas y especializadas. (Búsqueda activa de casos y datos complementarios, es de alto costo pero es más exacta)
- **Infecciones intrahospitalarias:** Es una infección que se origina en un hospital o establecimiento hospitalario en un paciente hospitalizado que no la padecía ni la estaba incubando en el momento de la hospitalización o es el efecto residual de una infección adquirida durante una admisión previa.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, mediante la revisión de los registros de la vigilancia Epidemiológica activa de las IIHH Y Complicaciones Epidemiológicas; Las historias Clínicas De los servicios Asignados a la Vigilancia; fichas de Vigilancia como los manuales que hemos desarrollado en la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins como:

1. Manual de Criterios para la determinación del sitio de infección intrahospitalaria.
2. Manual Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Complicaciones Intrahospitalarias.
3. Manual para los comités de Complicaciones Intrahospitalarias de los Servicios de la Red Asistencial Rebagliati.-Junio 2009
4. Resultados estadísticos del Sistema de Vigilancia Activa de las complicaciones Intrahospitalarias.
5. Resultados de los Estudios de Prevalencia de los años 2015 al 2017.

Así mismo los resultados de las intervenciones realizadas en el hospital de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio

- Autorización: se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas
- Recolección de datos
- Procesamiento de datos

- Resultados
- Análisis e interpretación de resultados

3.2 Experiencia Profesional

a) Ingresé a ESSALUD el 8 agosto del año 1999 a la Gerencia de Oferta flexible como enfermera Instrumentista del Hospital de campaña, luego de permanecer por más de 4 años, Fui nombrada coordinadora de Policlínicos Itinerantes por 2 años, luego trabajé un año en PADOMI área de Atención Extramuros en casa, luego Pase a la oficina de defensa nacional de ESSALUD como coordinadora de programas especiales ante desastres (fenómeno del niño) frente a políticas de gobierno se cerraron todos estos programas y nos reubicaron a los Hospitales Nacionales. Me reasignaron al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins a sala de operaciones y posteriormente frente a la falta de personal tuve que trabajar en los servicios como Neurología, Neurocirugía, traumatología, pediatría especializada brindando cuidados de enfermería a pacientes con diversas patologías que por sus factores intrínsecos y por la larga estancia hospitalaria adquirían complicaciones infecciosas; sino también complicaciones no Infecciosas Intrahospitalarias, observando lo impactante que era para el servicio tener a estos pacientes complicados porque implicaba un alto costo en el uso de medicamentos de tercera generación, estancia prolongada y era un indicador de mala calidad de atención del servicio así mismo la angustia de la familia, generada más por el desconocimiento y el temor a la muerte de su familiar, ya que una complicación IIH adquirida en el hospital puede desencadenar la muerte del paciente.

b) En el 2007 inicio mi contacto profesional con el área de Medicina Preventiva, la cual tenía 3 áreas funcionales; Unidad de Epidemiología; Medico de personal y la unidad de Salud ocupacional a esta última me desplazaron en forma fortuita porque me diagnosticaron un embarazo de alto riesgo, y por falta de personal; previa capacitación durante dos semanas, trabaje brindando atención pre ocupacional a los trabajadores del hospital lo cual incluía ver a los trabajadores con problemas adquiridos durante su trabajo y como, era política de la oficina de Medicina Preventiva la Rotación Interna del personal de Enfermería por estas tres áreas; 3 de Febrero del 2008 rote a la oficina de Epidemiología, donde tuve tres meses de inducción para la realización de la vigilancia epidemiológica, esta área me impacto profesionalmente porque dentro de una de mis funciones, era generar información para toma de decisiones; Vigilar el cumplimiento de las normas de Bioseguridad, limpieza, desinfección y esterilización de los ambientes, manejo de ropa hospitalaria, los residuos sólidos hospitalarios, como el manejo de materiales potencialmente peligrosos, superar y evaluar las acciones de vigilancia epidemiológica en los Servicios, así como presentar las estrategias de intervención. Posteriormente cambio la estructura prestacional del Hospital y la unidad de Medicina Preventiva cambio a oficina de Inteligencia Sanitaria dependiente del área de oficina de Gestión y Desarrollo, como área asesora de la gerencia.

Descripción del Área Laboral

La oficina de Inteligencia sanitaria, es un área que se encuentra ubicada en la entrada del Hospital cerca a las oficinas administrativas área donde laboran alrededor de 28 trabajadores; 8

Médicos; 12 Enfermeras, 1 biólogo, 1 obstetra 1 Estadístico; 1 programador de sistemas, 3 Registradores de Cáncer, 1 secretaria

Las Funciones del equipo que labora en la oficina son Multidisciplinaria. Todas las Enfermeras tienen las mismas funciones que los demás profesionales de la salud.

El área de Epidemiología tiene 6 subsistemas: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica, Registro de Cáncer. Registro de Enfermedades de Notificación Obligatoria; Perfiles Epidemiológicos, Mortalidad.

Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Funciones del Personal de Enfermería Como en todos los servicios el personal de Enfermería está capacitado para desempeñarse en:

Función Administrativa. - Se encarga de organizar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar las funciones del Equipo del subsistema de VEA activa.

Función Asistencial. – Realizar las Actividades que implica la Vigilancia Epidemiológica activa de las complicaciones Intrahospitalarias.

Función de Docencia. - La Enfermera Epidemiologa tiene dentro de sus funciones capacitar a los Usuarios Internos, paciente, a la familia sobre las acciones que comprenden la Vigilancia Epidemiológica y la Enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla.

Función de Investigación. La investigación de la Enfermera Epidemióloga se centra primordialmente en el desarrollo del conocimiento de realizar investigaciones que permitan la generación de evidencias científicas sobre para la prevención y control de riesgos y daños a la salud.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

TÍTULO II DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONES

CAPÍTULO I ESTRUCTURA ORGÁNICA

Artículo 6° ESTRUCTURA ORGÁNICA

La Estructura Orgánica de la Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati está conformada por órganos y unidades orgánicas hasta el tercer nivel organizacional, los mismos que son creados para lograr los objetivos institucionales.

La Estructura Orgánica de la Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati es la siguiente:

01 ÓRGANO DE DIRECCIÓN

01.1 Gerencia de la Red Desconcentrada

02 ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

02.1 Sub Gerencia de Gestión y Desarrollo

02.1.1 Oficina de Planeamiento e Información

02.1.2 Oficina de Inteligencia Sanitaria

02.1.3 Oficina de Calidad

02.1.4 Oficina de Bienes Estratégicos

02.2 Oficina de Asesoría Jurídica

02.3 Oficina de Investigación e Innovación

03 ÓRGANOS DE APOYO

03.1 Sub Gerencia de Administración

03.1.1 Oficina de Recursos Humanos

03.1.2 Oficina de Finanzas

03.1.3 Oficina de Logística

03.2 Unidad de Comunicaciones

03.3 Oficina de Tecnologías de Información

03.4 Oficina de Ingeniería Hospitalaria

04 ÓRGANOS DE LÍNEA

04.1 Sub Gerencia de Operaciones de Red de Salud

04.2 Sub Gerencia de Control de los Cuidados al Paciente

04.3 Sub Gerencia de la Persona Adulta Mayor, Persona con Discapacidad y otros Grupos Vulnerables

05 RED PRESTADORA MICRORRED DE SALUD



Artículo 10° OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

Es la unidad orgánica encargada de la información sanitaria, el análisis de la situación de salud, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades comunes, relacionadas al trabajo profesional y accidentes de trabajo, la salud y seguridad en el trabajo y salud ambiental de la Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati; depende de la Oficina de Gestión y Desarrollo y tiene las siguientes funciones:

- a) Realizar el diagnóstico de línea base y proponer las estrategias y planes para la implementación de las normas relacionadas a la vigilancia epidemiológica, al trabajo profesional y accidentes de trabajo, la salud y seguridad en el trabajo y la salud ambiental en las IPRESS, unidades operativas de prestaciones sociales y unidades operativas especiales propias.
- b) Analizar el perfil epidemiológico del ámbito geográfico asignado para el estudio de la población asegurada.
- c) Diseñar y ejecutar el Programa de Vigilancia de la Salud Ambiental.
- d) Realizar el análisis de la situación de salud y social de la población correspondiente al ámbito de la Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati.
- e) Desarrollar y difundir los perfiles epidemiológicos, estudio de demanda de servicios de salud y sociales, así como de las enfermedades más frecuentes del personal en el ámbito de la Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati, proponiendo las medidas de intervención.
- f) Investigar e informar oportunamente los casos de enfermedades sujetas a notificación obligatoria, las enfermedades transmisibles y no transmisibles y la ocurrencia de brotes epidémicos en la Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati.
- g) Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia epidemiológica en las IPRESS, así como presentar las estrategias de intervención.
- h) Realizar investigaciones epidemiológicas que permitan la generación de evidencias científicas para la prevención y control de riesgos y daños a la salud.
- i) Proponer las mejoras y optimización del sistema de información sanitaria y social a efectos de generar información adecuada para la toma de decisiones.
- j) Participar en la formulación de los indicadores de salud y sociales para la toma de decisiones de acuerdo a las necesidades de las unidades orgánicas de la Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati.
- k) Analizar e interpretar la información estadística relacionada a eventos epidemiológicos para facilitar el proceso de toma de decisiones.
- l) Vigilar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, limpieza, desinfección y esterilización de los ambientes, manejo de ropa hospitalaria, los residuos sólidos hospitalarios, así como del manejo de materiales potencialmente peligrosos.
- m) Identificar grupos de riesgo en función de niveles de exposición de acuerdo al perfil ocupacional.
- n) Diseñar e implementar programas de prevención y control de accidentes laborales y enfermedades profesionales que tengan impacto en la salud de los trabajadores.



3.3 Procesos Realizados

El interés profesional de mejorar la atención en el hospital y de alcanzar la excelencia me impulso a fomentar el perfeccionamiento en las funciones como Enfermera Epidemióloga con modelos propios, asimismo conocedora de la importancia de la presencia de que los gestores se involucren en forma directa en los las acciones a entablar en sus servicios durante en el proceso de realizar la vigilancia epidemiológica; comenzamos con las Charlas de Higiene de Manos.

Las conformaciones de Comités de control de Complicaciones Intrahospitalarias en cada servicio con una estructura establecida por un manual, donde se estableció:

- I. Reglamento de organización y funciones de los comités de complicaciones Intrahospitalarias de los servicios de Hospitalización de la red asistencial Rebagliati.
- II. Programa de control y prevención de las Infecciones Intrahospitalarias en la Red Asistencial Rebagliati.
- III. La Higiene de Manos.
- IV. Monitoreo de lavado de manos Clínico en la Red Asistencial Rebagliati.
- V. Insumo para la higiene de manos.
- VI. Elaboración de mapa Epidemiológico para la vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias.

Así mismo, se desarrollaron alternativas de solución a los problemas identificados, expresados en actividades y tareas detalladas en el anexo 2:

- Información y educación del paciente y familia

- Promover hábitos de higiene saludables en pacientes neutropénicos y familia.
- Capacitación y difusión de normas de bioseguridad
- Capacitación del personal de limpieza
- Capacitación al personal de nutrición
- Capacitación del personal en el manejo adecuado del CVC.
- Protocolización de grados de infección de CVC.
- Investigación sobre factores asociados a la infección de CVC en el HNERM Hematología.
- Gestión del Personal Profesional

Una de las mayores limitaciones en el desempeño profesional fue ocasionada por la sobrecarga laboral, dado por el ausentismo o la falta de personal propiamente dicho.

En tal sentido el margen de error se incrementa, lo que se evidencia en el incremento de los indicadores negativos que perjudica a nuestro hospital en general.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

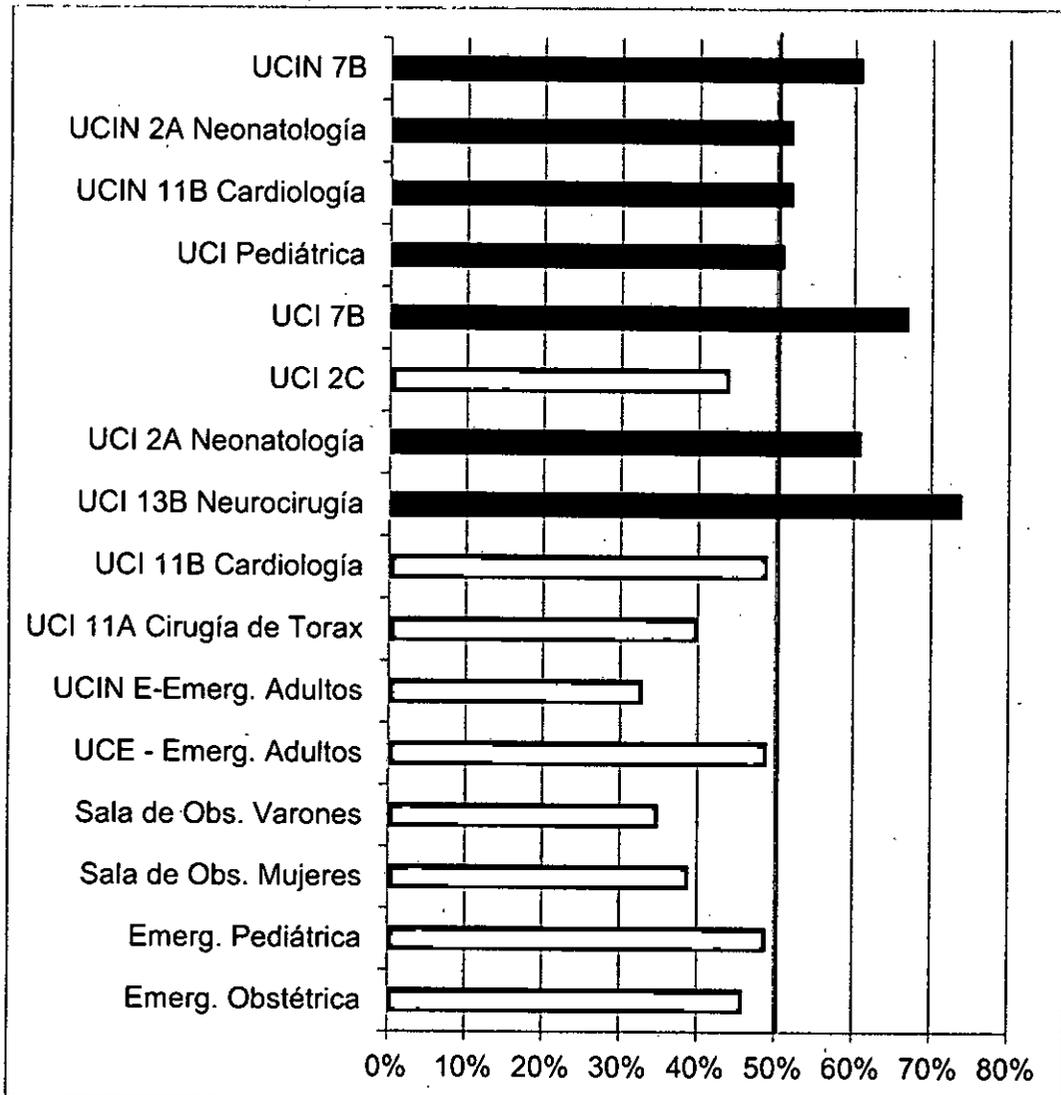
**ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS
SERVICIOS DE EMERGENCIAS, CUIDADO SINTENSIVOS, Y
CUIDADO INTERMEDIOS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2015 - 2017**

Servicios	% Cumplimiento Total	Riesgo de IIHH
Emergencia Obstétrica	46%	Alto riesgo
Emergencia Pediátrica	49%	Alto riesgo
Sala de Obs. Mujeres	39%	Alto riesgo
Sala de Obs. Varones	35%	Alto riesgo
UCE - Emerg. Adultos	49%	Alto riesgo
UCIN E-Emerg. Adultos	33%	Alto riesgo
UCI 11A Cirugía de Torax	40%	Alto riesgo
UCI 11B Cardiología	49%	Alto riesgo
UCI 13B Neurocirugía	74%	Riesgo
UCI 2A Neonatología	61%	Riesgo
UCI 2C	44%	Alto riesgo
UCI 7B	67%	Riesgo
UCI Pediátrica	51%	Riesgo
UCIN 11B Cardiología	52%	Riesgo
UCIN 2A Neonatología	52%	Riesgo
UCIN 7B	61%	Riesgo
Total	50%	Alto riesgo

Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

GRÁFICO N° 4.1

ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS, CUIDADO SINTENSIVOS, Y CUIDADO INTERMEDIOS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 - 2017



La Adherencia y/o cumplimiento de la higiene de manos de los servicios ó áreas críticas evaluadas alcanzan un 50%, lo que representan según los rangos de evaluación un **alto riesgo** de contraer una Infección intrahospitalaria a través del contacto con las manos

CUADRO N° 4.2

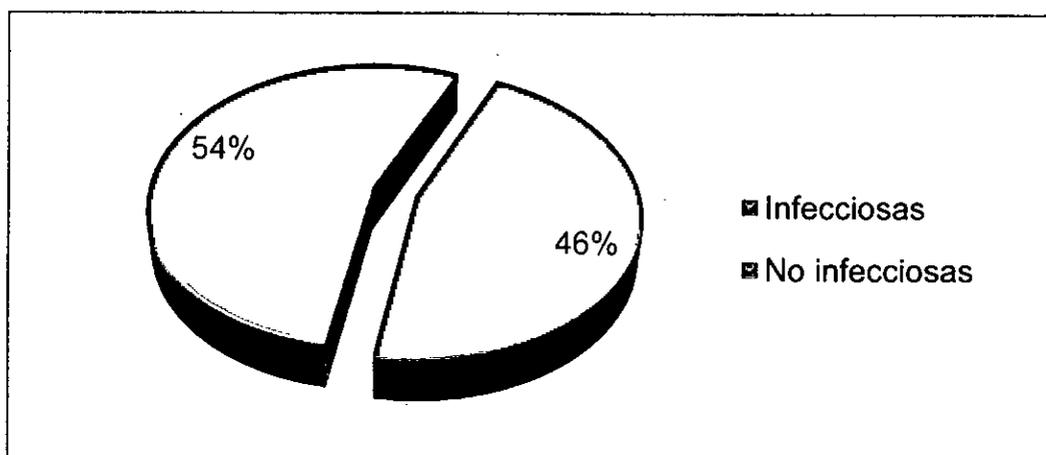
DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 - 2017

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones Infecciosas	877	54%
Complicaciones No infecciosas	747	46%
Total	1624	100%

Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

GRÁFICO N° 4.2

DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 - 2017



En el estudio de prevalencia de Diciembre 2015 -2017 en el HNERM, se encuestaron a 1624 usuarios hospitalizados, de los cuales se obtuvieron IIH: 182 (46%) y CNI: 152 (54%).

CUADRO N° 4.3

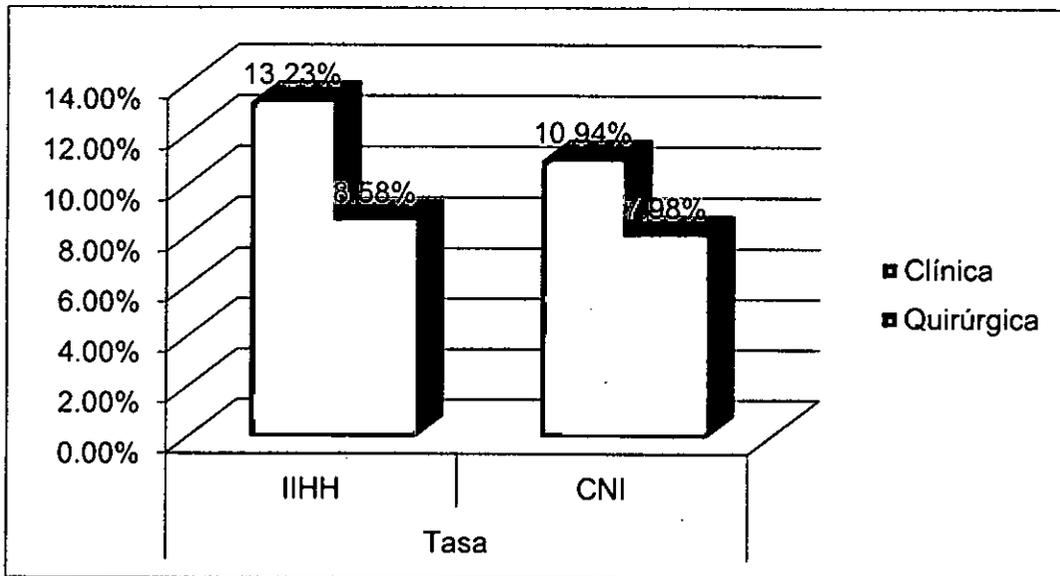
TASA DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 - 2017

Complicaciones	Frecuencia			Tasa		
	Total	Infecciosas	No infecciosas	IIHH	CNI	Total
Clínica	960	127	105	13.23%	10.94%	24.17%
Quirúrgica	664	57	53	8.58%	7.98%	16.57%
Total	1624	184	158	11.33%	9.73%	21.06%

Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

GRÁFICO N° 4.3

TASA DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 - 2017



La tasa de complicaciones intrahospitalarias según eventos encontrados es mayor para las complicaciones infecciosas que las complicaciones no infecciosas. La gerencia clínica mostró una mayor tasa de complicaciones intrahospitalarias. La tasa de Infecciones fue 11.33% para diciembre y en el mes de junio fue 12.68%.

CUADRO N° 4.4

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015

Complicaciones intrahospitalarias	Frecuencia	Porcentaje
Úlcera por presión	1114	22.58%
Infección del Tracto Urinario	515	10.44%
Neumonía	508	10.30%
Infección del sitio quirúrgico	466	9.44%
Complicación no infecciosa post quirúrgica	407	8.25%
Complicación no infecciosa post procedimiento no quirúrgico	307	6.22%
Infección del torrente sanguíneo	286	5.80%
Complicación no infecciosa por infusión endovenosa	235	4.76%
Reacción adversa a medicamentos	195	3.95%
Infección del sistema cardiovascular	120	2.43%
Caida	111	2.25%
Dermatitis de pañal	97	1.97%
otros	573	11.61%
Total	4934	100.00%

GRÁFICO N° 4.4

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015

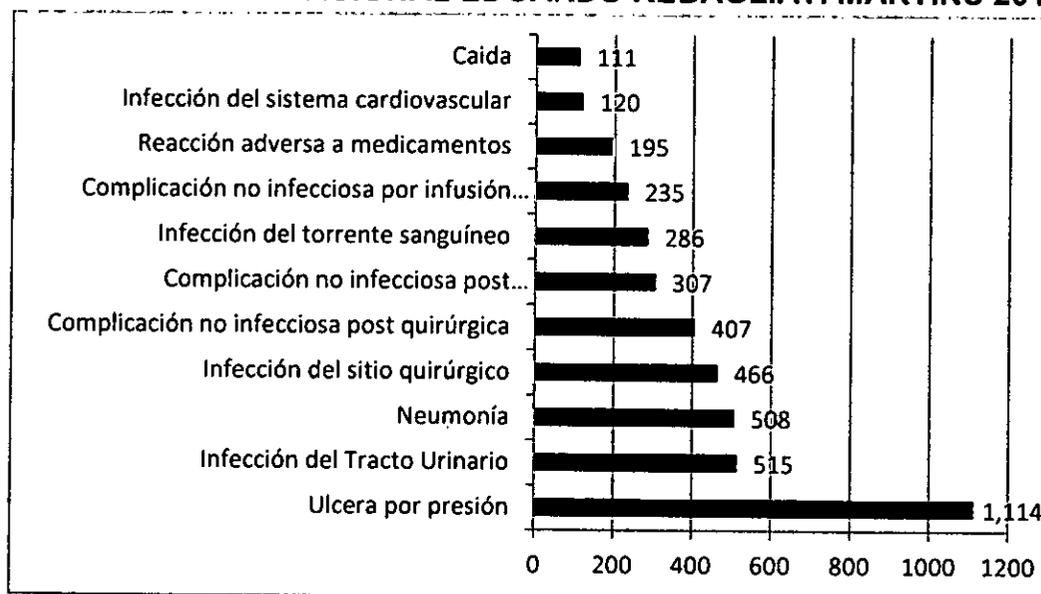
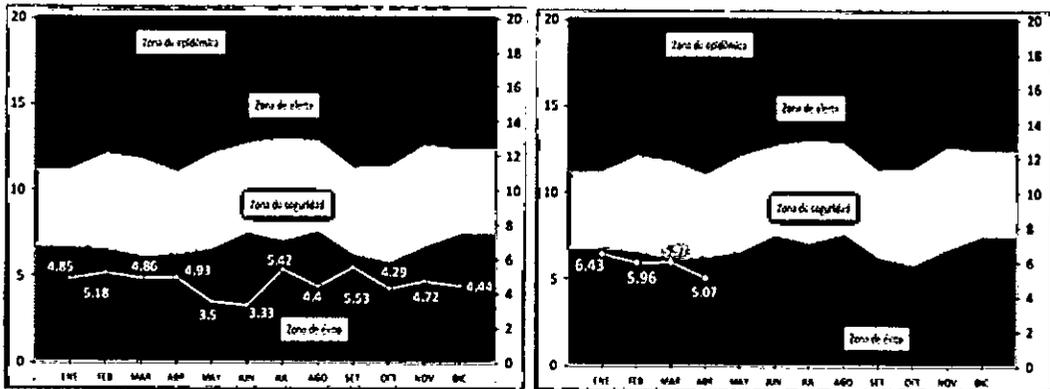


GRÁFICO N° 4.5

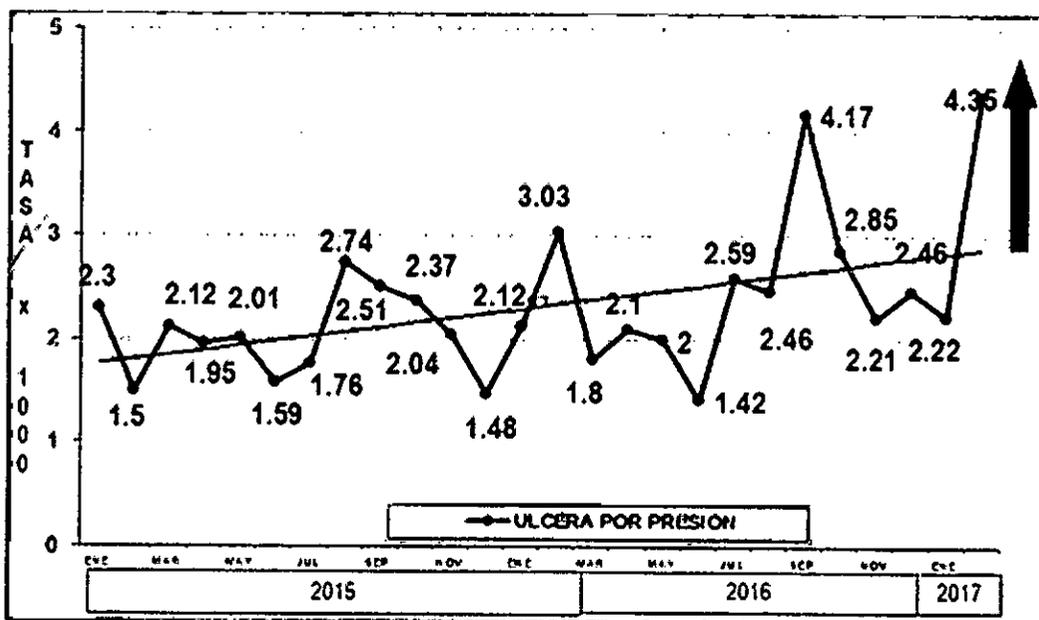
CANAL ENDÉMICO DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 - 2017



Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

GRÁFICO N° 4.6

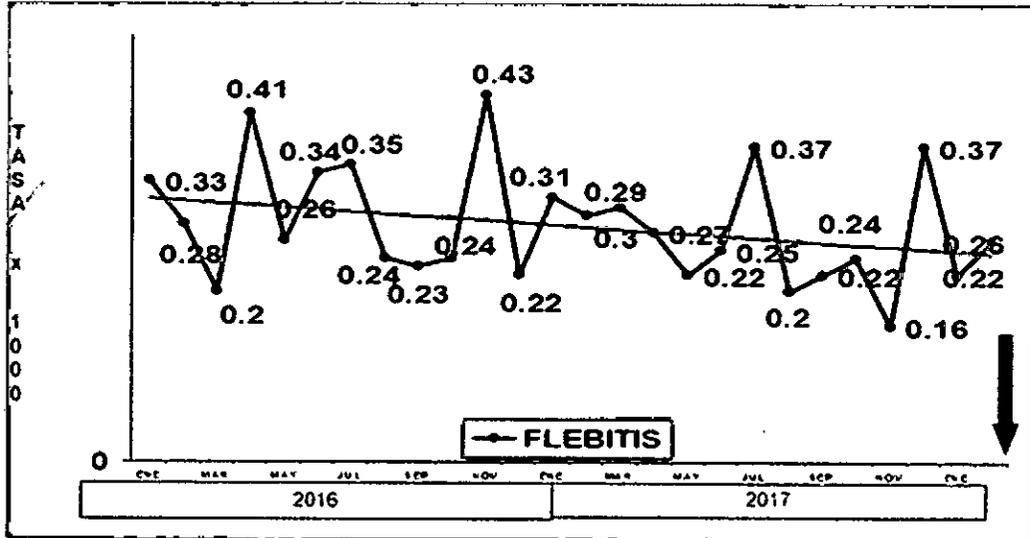
INDICENCIA DE LA ULCERA POR PRESIÓN COMO COMPLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 - 2017



Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

GRÁFICO N° 4.7

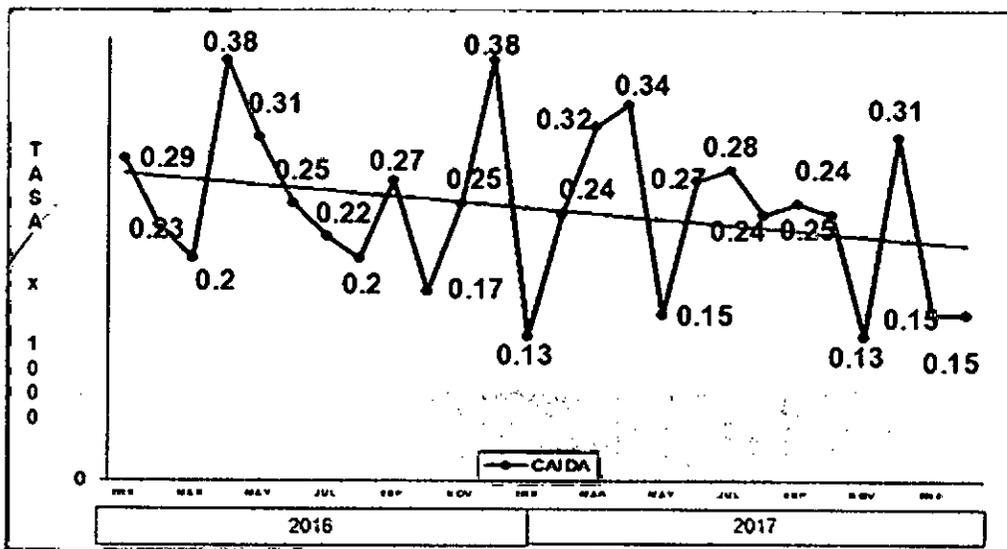
INDICENCIA DE FLEBITIS COMO COMPLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016 - 2017



Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

GRÁFICO N° 4.8

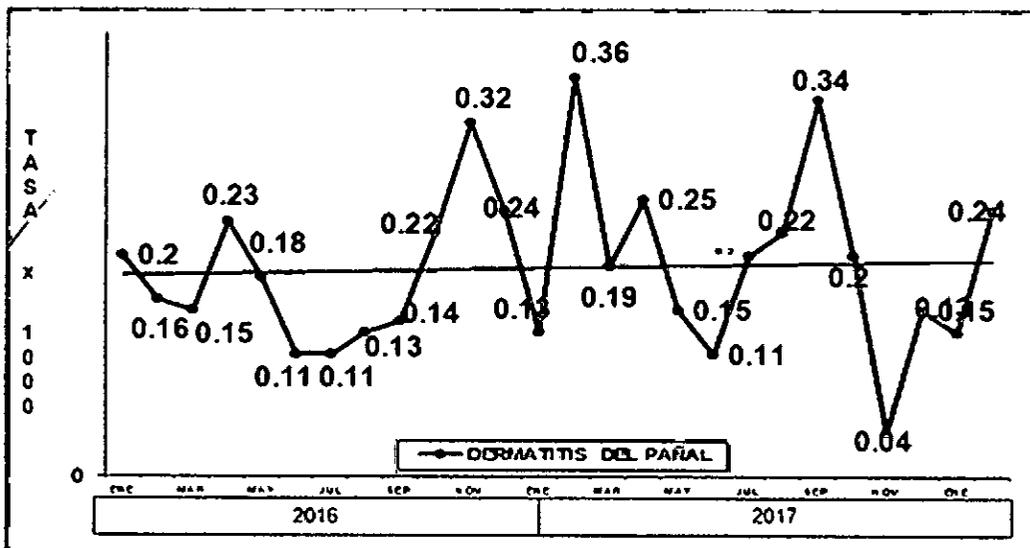
INDICENCIA DE LAS CAIDAS COMO COMPLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016 - 2017



Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

GRÁFICO N° 4.9

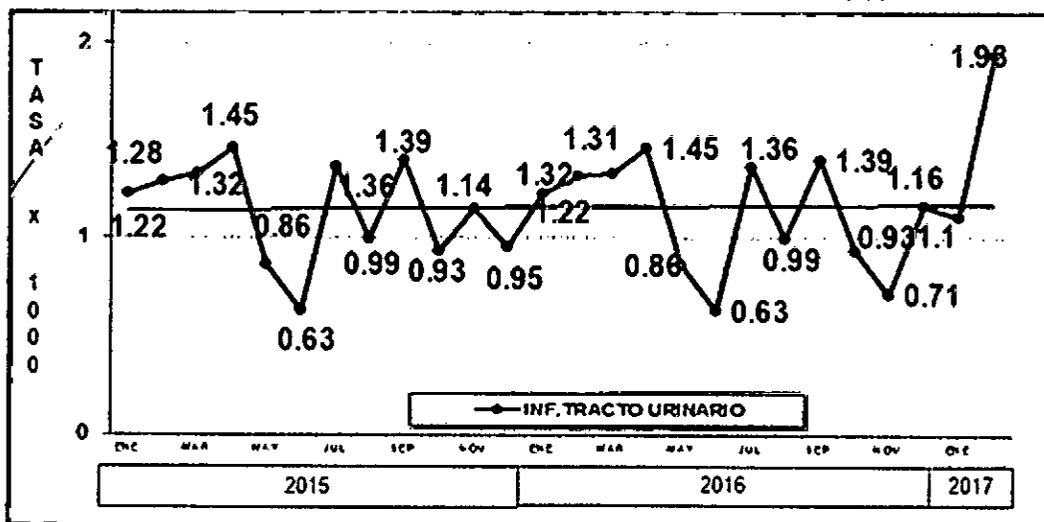
INDICENCIA DE LA DERMATITIS DE PAÑAL COMO COMPLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016 – 2017



Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

GRÁFICO N° 4.10

INDICENCIA DE LA INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO COMO COMPLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 – 2017



Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria-HNERM

V. CONCLUSIONES

- a) La Vigilancia Epidemiológica prioriza las deficiencias de salud con el fin de permitir utilizar los recursos en los casos que mayormente atañen contra la población, permitiendo ser útil durante la toma de decisiones, la ejecución y la evaluación de dichas enfermedades
- b) La Evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica debería ser una actividad constante que debe realizar no sólo el Nivel central de ESSALUD, sino también los propios usuarios del sistema.
- c) La vigilancia Epidemiológica en Hospital Rebagliati contribuye a mejorar la calidad de la atención Hospitalaria.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Socializar el presente modelo de vigilancia Epidemiológica activa propuesto a otras instituciones en condiciones similares, que permita aunar esfuerzos prioritarios en prevención y promoción de salud.
- b) Los comités de prevención y control deben ser fortalecidos en todos los servicios asistenciales con énfasis en las unidades o servicios de alto riesgo para el control de las complicaciones intrahospitalarias.
- c) La implementación de medidas de control o estrategias integradas a mediano plazo a través de estrategias como higiene de manos, guías de procedimientos, uso racional de antibióticos, etc. Deben ser monitorizadas por el mismo servicio a través de sus comité de control de complicaciones intrahospitalaria; siendo responsabilidad de los jefes de servicio la efectivizarían de las normativas institucionales.

VII. REFERENCIALES

1. epidemiología Ogd. Protocolos de la Vigilancia Epidemiológica parte 1 Sotelo. JGP, editor. Lima ; 2005.
2. Dirección General de Epidemiología. Protocolo: estudio prevalencia de infecciones intrahospitalarias Lima: Ministerio de Salud; 2014.
3. Chumacero Ortiz JE. Infecciones intrahospitalarias o nosocomiales [Diapositivas] Lima; 2013.
4. Matzumura Kasano J, Apolaya Segura M, Gutiérrez Crespo H, Kiyamu Tang S, Sotomayor Salas J. Perfil Epidemiológico de las Infecciones Intrahospitalarias en la Clínica Centenario Peruano Japonesa durante el 2011. Rev Horiz Med. 2012 Oct - Dic; 12(4).
5. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos: Una atención limpia es una atención más segura. [Online]. [cited 14 Ene 2018]. Available from: <http://www.who.int/gpsc/background/es/>
6. OPS. Costos de la infección nosocomial en nueve países de América Latina. [Online].; 2014 [cited 14 Ene 2018]. Available from: <http://www.elhospital.com/temas/Infecciones-intrahospitalarias-en-America-Latina+8032225?pagina=5>
7. Boletín Epidemiológico DISA V Lima Ciudad. Semana Epidemiológica N°14 Abril 2012. .
8. Hidalgo LF, Marroquín JE, Antigoni J, Samalvides F. Prevalencia de infecciones hospitalarias en un hospital peruano de nivel IV, en el año 2008. Rev Med Hered [Internet]. 2011 Abr [citado 2018 Ene 12]; 22(2): p. 76-81. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000200006&lng=es.

9. García Pérez C, Alfonso Aguilar P. Vigilancia epidemiológica en salud. AMC [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Ene 12]; 17(6): p. 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000600013&lng=es.
10. Gonzales Meneguetti M, Marin da Silva Canini , Bellissimo Rodriguez F, Laus M. Evaluación de los Programas de Control de Infección Hospitalaria en servicios de salud. Latino Americano Enfermagem. 2015 Ene- Feb; 23(1).
11. Díaz Vélez , Peña Sánchez , Neciosup Puican E, Medrano Velasquez. Situación actual de la vigilancia de infecciones intrahospitalarias en hospitales de Lambayeque: Propuesta de mejora. Revista del cuerpo médico del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2014 Junio; 7(2).
12. Lizarbe M. Evaluación de un nuevo modelo de vigilancia epidemiológica activa de las infecciones intrahospitalarias de la Unidad de Cuidados Intensivos General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Revista peruana de epidemiología. 2008 Abril; 12(1).
13. Borrell C. Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. Capacita Salud [internet]. [Online].; 2017 [cited 10 Ene 2018]. Available from: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/04/Epidemiologia-social-la-persona-la-poblacion.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Epidemiología. [Online]. [cited 10 Ene 2018]. Available from: oms epidemiologia consultado octubre 2015 [http //www.who.int/topics/epidemiology/es/](http://www.who.int/topics/epidemiology/es/)
15. Siliezar Pineda. Manual de Seguridad Hospitalaria. Trabajo de Graduación. Ciudadela Don Bosco: Facultad de Ingeniería, Escuela

- de Ingeniería Biomédica; 2003.
16. Ministerio de Salud del Perú. Bases para la implementación del Sistema de Inteligencia Sanitaria en el Nivel Regional Jesús María - Lima: Oficina General de Epidemiología; 2004.
 17. Ministerio de Salud. Manual de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles. Segunda ed. La Paz, Bolivia: Programa ampliado de inmunización familiar y comunitaria; 2016.
 18. Organización Panamericana de la Salud / OMS. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Segunda ed. Washington: PALTEX; 2002.
 19. Cisneros G F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Universidad del Cauca. [Online].; 2002 [cited 10 Ene 2018. Available from:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
 20. Borges Oquendo DIC, Hernández Barrios , Rodriguez Esquirol , Mukodsi Carán M. Evaluación de algunos indicadores del programa nacional para la prevención y el control de la infección intrahospitalaria. Scielo. 2000 Agosto; 16(4).

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE MONITOREO DE HIGIENE DE MANOS

OIS-HNERM.

Sistema de Vigilancia de Complicaciones Intrahospitalarias

FICHA DE MONITOREO DE HIGIENE DE MANOS

Servicio:

Fecha:

Turno: Mañana () Tarde () Noche ()

CODIGOS POR GRUPO OCUPACIONAL

E	Enfermera	M	Medico	OP	Otros prof.
O	Obstetra	T	Tecnico Enf.	S	Sisa

Se colocara sobre los parentesis los codigos según corresponda

MARCAR CON "X" EN EL ITEM CORRESPONDIENTE

	1 ()		2 ()		3 ()		4 ()		5 ()		6 ()		7 ()	
EVALUACION PRACTICA: 05 MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS	SI	NO												
Antes del contacto con el paciente														
Antes de realizar una tecnica aséptica														
Despues de la exposición con fluidos corporales														
Despues del contacto con el paciente														
Despues del contacto con el medio ambiente														
EVALUACION PRACTICA: TÉCNICA CORRECTA (SEGUN OMS)														
Mojar las manos y antebrazos														
Recibir la dosis adecuada de jabón y aplicarse.														
Frotese las palmas de las manos entre si														
Frotese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa														
Frotese las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados														
Frotese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrandose los dedos.														
Frotese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapandolo con la palma de la mano derecha y viceversa.														
Frotese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.														
Enjuaguese las manos y antebrazos con agua														
Sequese con una toalla desechable														
Utilice la toalla desechable para cerrar el grifo														

ABASTECIMIENTO DEL SERVICIO (INSUMOS PARA HIGIENE DE MANOS)	SI	NO
La solución de clohexidina esta en los dispensadores en circuito cerrado		
El papel toalla está en los dispensadores		
Tienen alcohol gel en lugares accesibles		
Los lavaderos estan operativos		
Los dispensadores de papel toalla estan operativos		
Los dispensadores de clohexidina estan operativos		

umple con las condiciones previas al lavado de manos						
1	2	3	4	5	6	7
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Firma y sello del Jefe Médico del Servicio

Firma y sello del Jefa de Enf. / Obs. del Servicio

Firma y sello de responsables del monitoreo

ANEXO N° 02

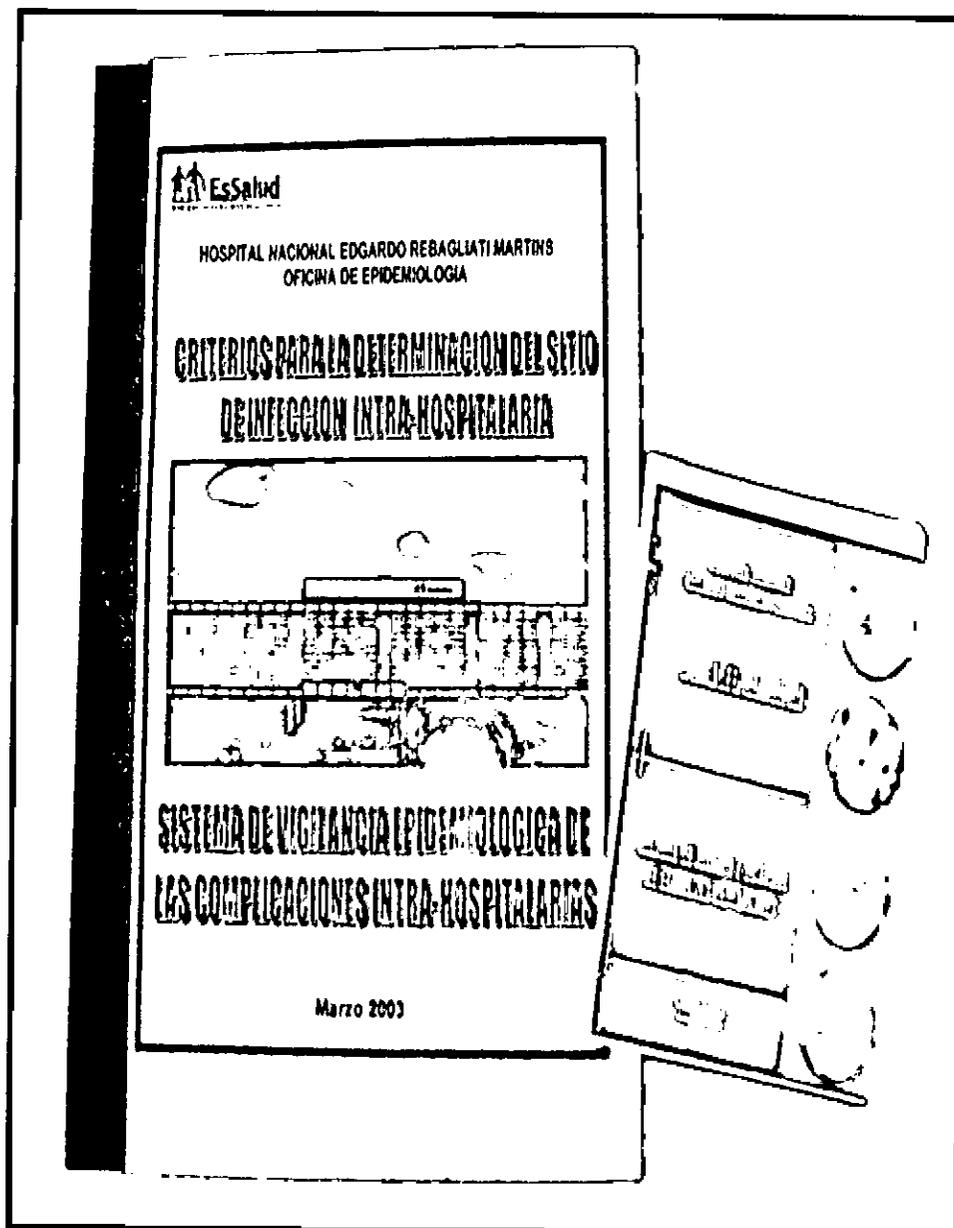
PLAN OPERATIVO DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

ACTIVIDADES	TAREAS	CRONOGRAMA												RESPONSABLE
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Información y educación del paciente y familia	Conformación del equipo multidisciplinario para el programa educativo													Lic. C. Barrientos
														Lic. V. Forero
														Dr. Daniel Del campo
														Tec. Enf. Florentina Jara
														Tec. Enf. Ana Vallejos
Promover hábitos de higiene saludables en pacientes neutropénicos y familia	Capacitación continua de pacientes nuevos y continuadores												Lic. Verónica Forero	
	Capacitación de la familia del paciente neutropénico												Lic. Carmen Barrientos	
													Dr. Daniel Del campo	
													Tec. Enf. Florentina Jara Tec. Enf. Ana Vallejos	
Capacitación y difusión de normas de bioseguridad	Elaboración de ficheros de Monitoreo de lavado de manos.												Lic. Ruth Valderrama	
	Monitoreo y capacitación de las medidas de bioseguridad con énfasis en el lavado de manos.												Lic. Ruth Valderrama	
Capacitación del personal de limpieza	Coordinación y elaboración del plan de capacitación												Lic. María Lizarbe	
Capacitación al personal de nutrición	Coordinación y elaboración del plan de capacitación												Lic. Gloria Comejo	

ACTIVIDADES	TAREAS	CRONOGRAMA												RESPONSABLE
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Capacitación del personal en el manejo adecuado del CVC	Protocolo de mantenimiento de CVC													Lic. Roberto Reyes
	Elaboración de la lista de chequeo de mantenimiento de CVC													Lic. Roberto Reyes
	Monitorización de la actividad de mantenimiento de CVC													Lic. Roberto Reyes
														Lic. Edith Quintana Lic. Ruth Valderrama
	Validación del protocolo de mantenimiento de CVC												Lic. Roberto Reyes	
Protocolización de los grados de infección de CVC	Elaboración de la ficha de seguimiento de CVC												Lic. Edith Quintana	
	Monitoreo de la ficha												Lic. Edith Quintana	
Investigación sobre factores asociados a la infección de CVC en el HNERM Hematología	Elaboración del proyecto de investigación												Comité de IIH	
	Ejecución de la investigación												Comité de IIH	
Gestión de Personal Profesional	Requerimiento de Personal Especializado. Sustento Técnico												Dr. Juan Navarro Lic. Gladys Riva	

ANEXO N° 03

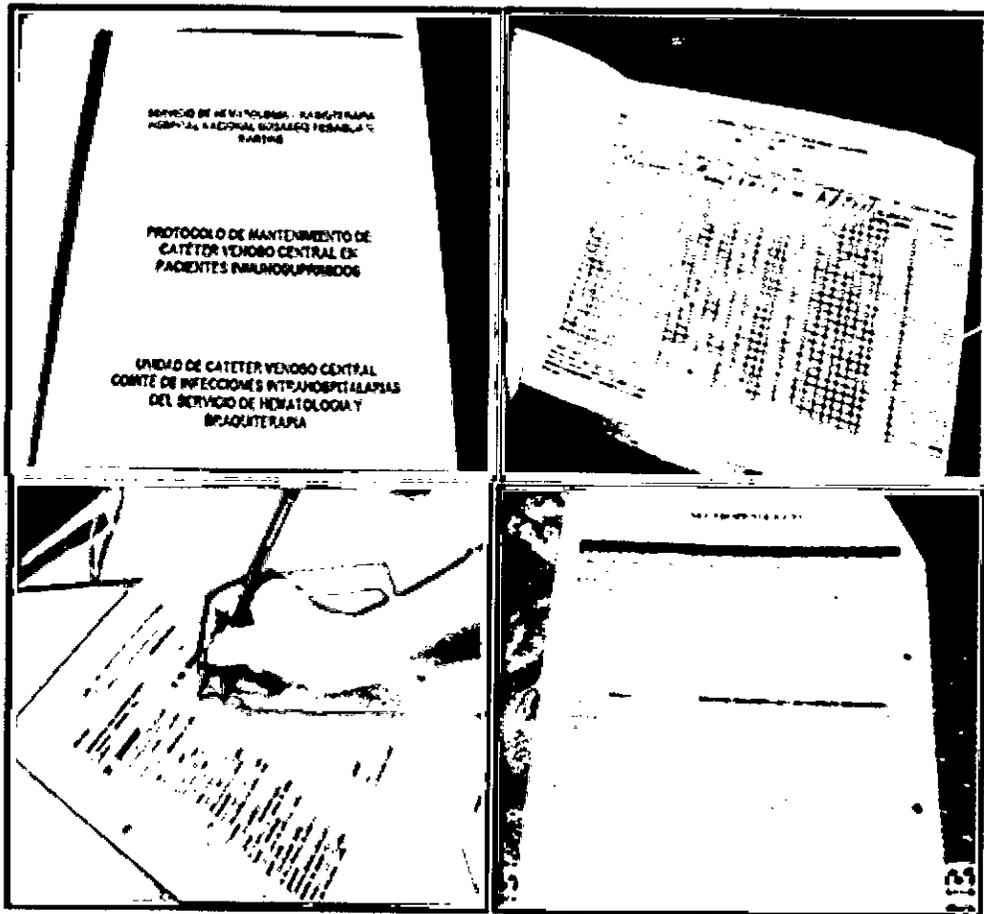
MANUAL REALIZADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ANEXO N° 04

**PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ANEXO 05
ROTAFOLIO DE HIGIENE DE MANOS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ANEXO 06

EVIDENCIAS DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

Fig. 1 Equipo de la Oficina de Inteligencia de la RAR



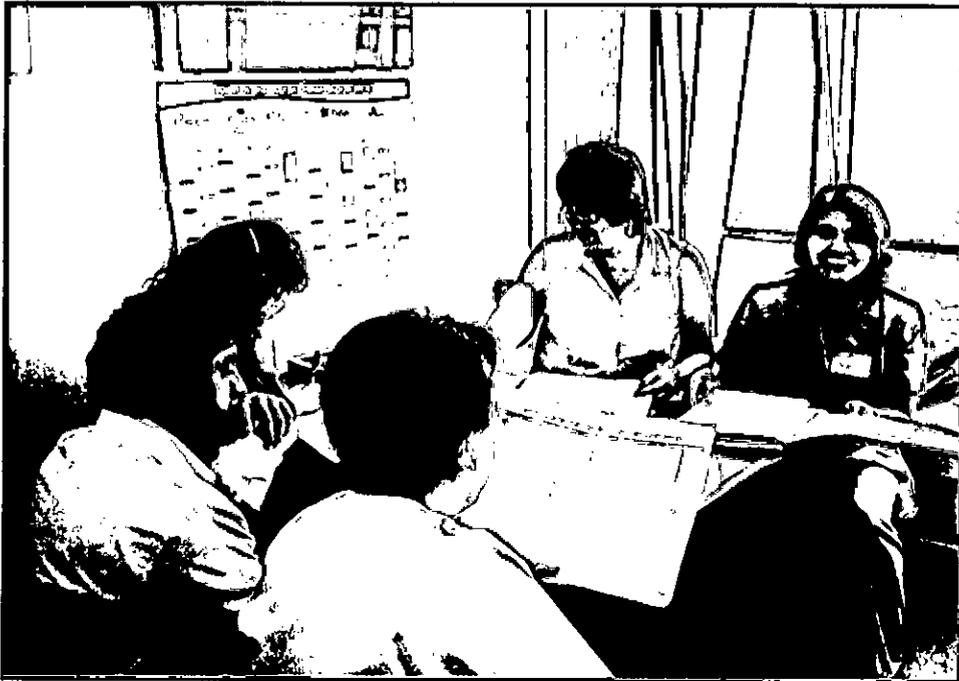
FUENTE: Elaboración Propia, 2017

Fig. 2 Sistema de vigilancia: recolección de la información, historia antigua y actual.



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

Fig. 3 Análisis de problemas y alternativas



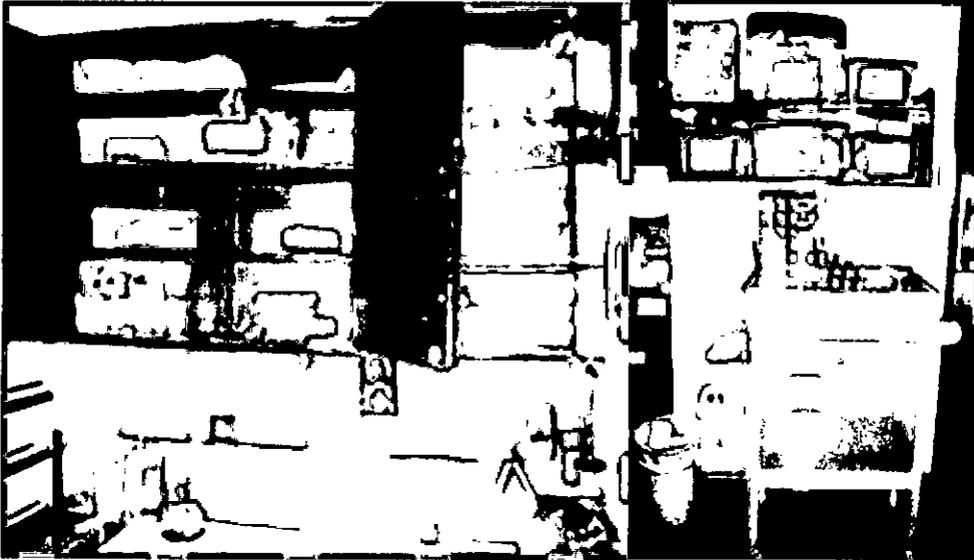
FUENTE: Elaboración Propia, 2017

Fig. 4 Mejoras en el tratamiento, procedimiento y curaciones



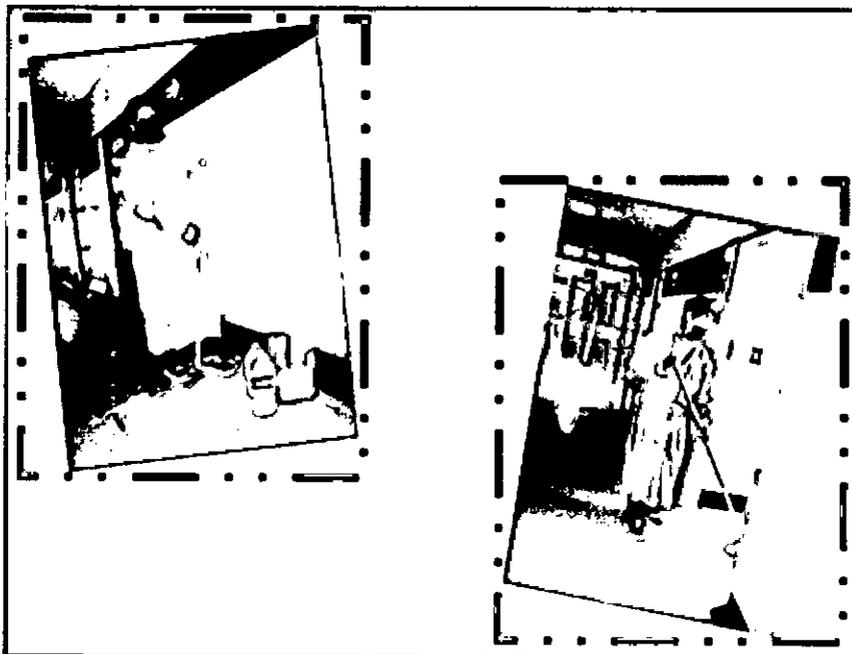
FUENTE: Elaboración Propia, 2017

Fig. 5 Mejoras en el almacenamiento de insumos y materiales



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

Fig. 6 Mejoras en la limpieza de los servicios



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

Fig. 7 Mejoras en la capacitación al personal multidisciplinario del Hospital



FUENTE: Elaboración Propia, 2017