

Jornada “Evaluación de elementos básicos de programas infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) ”

Evaluación ámbito 2: Directrices técnicas



Gobierno
de Chile

Monica Pohlenz Acuña
mpohlenz@minsal.cl

Intención



Evaluar la existencia de directrices técnicas institucionales oficiales (normas, procedimientos, guías institucionales u otras instrucciones) :



Ámbito 2: Directrices técnicas

Componentes	Elementos		cumple	
2.1 Existe un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS que incluyen al menos	2.1.a Precauciones estándar	2.1.a.1 Higiene de manos*		
		2.1.a.2 Esterilización y desinfección de materiales		
		2.1.a.3 Prevención y manejo de exposición a cortopunzantes		
	2.1.b Precauciones de aislamiento para las patologías infecciosas de importancia	2.1.b.1 Ubicación del paciente		
		2.1.b.2 Uso de equipo de protección personal		
	2.1.c Procedimientos clínicos preventivos que incluya al menos:	2.1.c.1 Seguridad en punciones venosas e inyecciones		
		2.1.c.2 Instalación y mantención de catéteres vasculares centrales	0	
		2.1.c.3 Instalación y mantención de catéteres urinarios		
		2.1.c.4 Profilaxis antimicrobiana quirúrgica		
		2.1.c.5 Preparación de la piel para cirugía		
		2.1.c.6 Otros procedimientos invasivos		
	2.1.d Manejo de residuos hospitalarios de riesgo			
	2.1.e Salud del personal	2.1.e.1 Programa de vacunación	2.1.e.1.a antihepatitis B	
			2.1.e.1.b antiinfluenza	
2.1.e.2 Protocolo de manejo de exposiciones				
			cumple ----> 0	
			aplican ----> 1	



Ámbito Directrices técnicas

Requisitos	Contenidos mínimos
título	Cada procedimiento o instrucciones a cumplir debe tener ciertos contenidos que se considerarán en la evaluación. Lo que serán específicos
Propósitos	
Descripción de los responsables de su ejecución.	
Descripción del procedimiento o instrucciones a cumplir.	
Fechas de entrada en vigencia y de última revisión.	
Firma de la autoridad que la oficializa.	

Ámbito Directrices técnica



Componentes

1

Existe un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS



Ámbito 2: Directrices técnicas

Existe un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS



Elementos	Directrices
2.1.a Precauciones estándar	2.1.a.1 Higiene de manos*
	2.1.a.2 Esterilización y desinfección de materiales
	2.1.a.3 Prevención y manejo de exposición a cortopunzantes

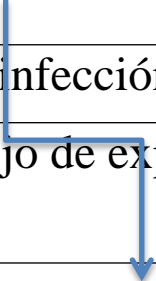


Ámbito 2: Directrices técnicas

Existe un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS



Elementos	Directrices
2.1.a Precauciones estándar	2.1.a.1 Higiene de manos*
	2.1.a.2 Esterilización y desinfección de materiales
	2.1.a.3 Prevención y manejo de exposición a cortopunzantes


Elemento prioritario



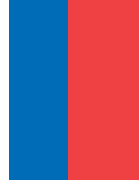
Elemento: Precauciones estándares



Directrices	Contenido mínimo
2.1.a.1 Higiene de manos	a. situaciones en que debe realizarse
	b. técnica a utilizar de acuerdo a la atención a realizar
	c. productos a utilizar (agua y jabón, soluciones de alcohol, etc.)



Elemento: Precauciones estándares



Directrices	Contenido mínimo
2.1.a.2 Esterilización y desinfección de materiales	a. totalidad de los procesos centralizados
	b. métodos de esterilización a utilizar en el establecimiento
	c. método de esterilización a emplear según material
	d. procedimiento a cumplir para cada método (por ejemplo: tiempo de exposición al agente esterilizante, temperatura, presión, concentración del producto, etc.)
	e. controles de calidad del proceso



Elemento: Precauciones estándares



Directrices	Contenido mínimo
2.1.a.3 Prevención y manejo de exposición a cortopunzantes	a. a que tipo de accidentes se hace referencia
	b. manipulación segura y desecho de material cortopunzante que tiene fluidos de alto riesgo
	c. a quien notificar una exposición
	d. responsable y tipo del manejo clínico específico según tipo de accidente y circunstancia



PRECAUCIONES ESTANDARES

Son las medidas más importantes para la prevención de la transmisión de agentes infecciosos entre pacientes y personal durante la atención de salud. Están basadas en el principio de que la sangre y todos los fluidos corporales, contienen agentes infecciosos que pueden transmitirse por contacto directo o indirecto. El personal que brinda atención de pacientes está en riesgo de adquirir microorganismos patógenos a consecuencia de sus labores, pero también de transmitir microorganismos patógenos a los pacientes y de servir como vehículo de transmisión entre pacientes, por lo que las precauciones mencionadas deberán aplicarse a:

- ✓ Todos los pacientes, independiente del diagnóstico o de la presunción de infección.
- ✓ Ante el contacto con sangre y otros fluidos corporales de riesgo.
- ✓ Al tomar contacto con piel no intacta y membranas mucosas de los pacientes.

Los componentes de las precauciones estándares son:

- Higiene de manos
- Uso de Guantes.
- Protección facial
- Uso de delantal
- Prevención accidentes cortopunzantes
- Higiene respiratoria y buenos hábitos al toser / estornudar
- Manejo de equipos , desechos y ropa de pacientes

OBJETIVO

Minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo, del paciente al personal de salud y viceversa.







RESPONSABLES

Del cumplimiento : Todos los funcionarios que atiendan pacientes en HEC.

De la Supervisión : Jefes de Servicios Clínicos de apoyo, Enfermeras/os y Matrón/as Coordinadoras/res de unidades clínicas.

Ejemplos o situaciones

PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ECI Mariana Aravena M. ECI Roxana González A. Programa Control IAAS Hospital Regional	Dra. Sonia Correa Fuentes Encargado Programa IAAS Hospital Regional	Dr. Carlos Urela Vidal Director (S) Hospital Regional
Fecha: 14 Enero 2015	Fecha: 22 Enero 2015	Fecha: 12 Febrero 2015
Firmas  	Firma  	Firma  
Protocolo de Aplicación de Precauciones Estándar y Técnica Aséptica Departamento Calidad e IAAS Hospital Regional		

PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1
Fecha: 12 Febrero 2015
Versión: 3
Vigencia: 12 febrero 2020
Página 1 de 17

1. OBJETIVO

Prevenir la transmisión de Infecciones Asociadas a la atención de salud y proteger al paciente y al personal de salud de microorganismos que se transmiten por el contacto con sangre y fluidos corporales.
Minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo, del paciente al personal de salud y viceversa.

2. ALCANCE

A todo el personal clínico y alumnos que realizan atención directa de pacientes hospitalizados o ambulatorios, a todo el personal que realiza procedimientos de limpieza en áreas clínicas y a todas las visitas de los pacientes hospitalizados.

3. DEFINICIONES

- **HRR:** Hospital Regional Rancagua
- **IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- **Precauciones Estándar:** Son las precauciones básicas para el control de infecciones que se deben utilizar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes.
- **EPP:** Elementos de protección personal.
- **Germen Multiresistente:** microorganismo patógeno que es sensible sólo a un pequeño número de antimicrobianos y que presenta una alta transmisibilidad.
- **Fluidos Corporales:** Se denomina a todas las secreciones o líquidos biológicos, fisiológicos o patológicos que se producen en el organismo.
- **Fluidos Corporales de Alto Riesgo:** Se aplican siempre a la sangre y a todos los fluidos que contengan sangre visible. Se incluyen además el semen y las secreciones vaginales, leche materna y aquellos líquidos provenientes de cavidades normalmente estériles como: líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pericárdico y líquido amniótico, saliva en caso de procedimientos invasivos en cavidad bucal. Se considera de alto riesgo por constituir fuente de Infección de virus de hepatitis B, VIH y otros agentes que se transmiten por vía parenteral.
- **Fluidos Corporales de Bajo Riesgo:** Se aplican a las deposiciones, secreciones nasales, expectoración, transpiración, lágrimas, orina o vómitos a excepción de aquellos que tengan sangre.

4. RESPONSABLES

Todo el personal del establecimiento que está en contacto con pacientes hospitalizados y ambulatorios y con las áreas de atención clínicas.

Ámbito 2: Directrices técnicas

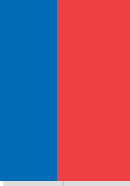
Existe un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS



Elementos	Directrices
2.1.b Precauciones de aislamiento para las patologías infecciosas de importancia	22.1.b.1 Ubicación del paciente
	2.1.b.2 Uso de equipo de protección personal



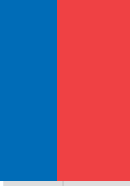
Precauciones de aislamiento para las patologías infecciosas de importancia



Directrices	Contenido mínimo
2.1.b.1 Ubicación del paciente	a. condiciones que requieren habitación individual
	b. condiciones necesarias para la separación si se ubica en sala compartida
	c. posibilidad o no de hacer aislamiento en cohorte



Precauciones de aislamiento para las patologías infecciosas de importancia



Directrices	Contenido mínimo
2.1.b.2 Uso de equipo de protección personal (EPP)	a. tipo de protección según tipo de atención y paciente b. momento en que debe colocarse EPP (al ingreso a la sala, al acercarse al paciente, al realizar un procedimiento, etc.)





Ejemplos o situaciones

Siguiendo el ejemplo:

2.1.b.1 se describe dentro de la cartera de servicios aislamiento aire
sin embargo no se dispone de planta física y manejo del aire

¿-----?



Ámbito 2: Directrices técnicas

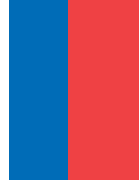
Existe un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS



Elementos	Directrices
2.1.c Procedimientos clínicos preventivos que incluya al menos:	2.1.c.1 Seguridad en punciones venosas e inyecciones
	2.1.c.2 Instalación y mantención de catéteres vasculares centrales
	2.1.c.3 Instalación y mantención de catéteres urinarios
	2.1.c.4 Profilaxis antimicrobiana quirúrgica
	2.1.c.5 Preparación de la piel para cirugía
	2.1.c.6 Otros procedimientos invasivos



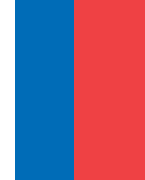
Prevención de infecciones específicas



Directrices	Contenido mínimo
2.1.c.1 Seguridad en punciones venosas e inyecciones	a. uso de material estéril
	b. uso de material desechable
	c. aplicar técnica aséptica
	d. medidas de protección personal necesarias



Prevención de infecciones específicas



Directrices	Contenido mínimo
2.1.c.2 Instalación y mantenimiento de catéteres vasculares centrales	a. indicación de instalación (quién y por qué)
	b. procedimientos a cumplir para su instalación (técnica aséptica)
	c. profesionales habilitados para realizar procedimientos
	d. rotulación de fecha de instalación
	e. medidas para mantenimiento de catéteres
	f. criterio a cumplir y responsable de indicación del retiro del catéter





1.4.- RETIRO DEL CATETER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO: disminuir el riesgo de infección al eliminar el procedimiento invasivo

RESPONSABLE: Médico, enfermera, matrona.

MATERIALES:

- Equipo de curación.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica: tintura clorhexidina al 0.5%.
- Gasa estéril y material de fijación o apósito transparente semipermeable.
- Si está indicado cultivo agregar frasco estéril.
- Suero fisiológico.
- Depósito para desechos.

TECNICA

- Verificar indicación médica de retiro del catéter venoso central.
- Identificar e informar al paciente, si su condición lo permite.
- Acomodar al paciente en posición semisentado o sentado
- Suspender las infusiones al catéter y ocluir los lúmenes.
- Operador realiza higiene de manos y retira cobertura.
- Operador repite higiene de manos y se coloca guantes estériles.
- Operador pincela con solución antiséptica el sitio de punción.
- Operador corta el punto de fijación del catéter y retira suavemente.
- Si hay resistencia al retirar el catéter suspenda el procedimiento y avise al médico.



Gobierno de Chile

NORMA DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL TRACTO SANGUÍNEO ASOCIADA A CATETER VASCULAR

Código:
Edición: Segunda
Fecha: Septiembre 2013
Página 13 de 27
Revisión: Septiembre 2016

- Si está indicado cultivo de punta del catéter, realice un corte de 3 cm del extremo distal del catéter y deposite en frasco estéril, para enviar rotulado con datos del paciente a laboratorio de microbiología
- Operador cubre el sitio de punción, presionando con la gasa, fija a la piel con tela y registra fecha.
- Operador eliminar desechos y retirar guantes.
- Operador realiza higiene de manos y registra el procedimiento en hoja de enfermería.



1.4.- RETIRO DEL CATETER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO: disminuir el riesgo de infección al eliminar el procedimiento invasivo

RESPONSABLE: Médico, enfermera, matrona.

MATERIALES:

- Equipo de curación.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica: tintura clorhexidina al 0.5%.
- Gasa estéril y material de fijación o apósito transparente semipermeable.
- Si está indicado cultivo agregar frasco estéril.
- Suero fisiológico.
- Depósito para desechos.

TECNICA

- Verificar indicación médica de retiro del catéter venoso central.
- Identificar e informar al paciente, si su condición lo permite.
- Acomodar al paciente en posición semisentado o sentado
- Suspender las infusiones al catéter y ocluir los lúmenes.
- Operador realiza higiene de manos y retira cobertura.
- Operador repite higiene de manos y se coloca guantes estériles.
- Operador pincela con solución antiséptica el sitio de punción.
- Operador corta el punto de fijación del catéter y retira suavemente.
- Si hay resistencia al retirar el catéter suspenda el procedimiento y avise al médico.

← Criterios a cumplir y responsables de indicación del retiro del catéter

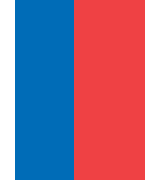


NORMA DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL TRACTO SANGUÍNEO ASOCIADA A CATETER VASCULAR

Código:
Edición: Segunda
Fecha: Septiembre 2013
Página 13 de 27
Revisión: Septiembre 2016

- Si está indicado cultivo de punta del catéter, realice un corte de 3 cm del extremo distal del catéter y deposite en frasco estéril, para enviar rotulado con datos del paciente a laboratorio de microbiología
- Operador cubre el sitio de punción, presionando con la gasa, fija a la piel con tela y registra fecha.
- Operador eliminar desechos y retirar guantes.
- Operador realiza higiene de manos y registra el procedimiento en hoja de enfermería.

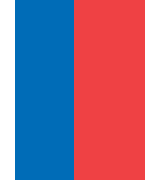
Prevención de infecciones específicas



Directrices	Contenido mínimo
2.1.c.3 Instalación y mantenimiento de catéteres urinarios	a. indicación de instalación (quién y por qué)
	b. procedimientos a cumplir para su instalación (técnica aséptica)
	c. profesionales habilitados para realizar procedimientos
	d. rotulación de fecha de instalación
	e. medidas para mantenimiento de catéteres
	f. criterio a cumplir y responsable de indicación del retiro del catéter



Prevención de infecciones específicas



Directrices	Contenido mínimo
2.1.c.4 Profilaxis antimicrobiana quirúrgica	a. esquema antibiótico y dosis a usar según cirugía
	b. momento de administración inicial con relación al momento de la cirugía
	c. responsables de su indicación



Prevención de infecciones específicas



Directrices	Contenido mínimo
2.1.c.5 Preparación de la piel para cirugía	a. método de remoción del vello que no es invasivo
	c. lavado y uso de antiséptico en la piel del sitio quirúrgico



Prevención de infecciones específicas



Directrices	Contenido mínimo
2.1.c.6 Otros procedimientos invasivos (siempre verificar ventilación mecánica)	a. indicación de instalación (quién y por qué)
	b. cumplimiento de técnica aséptica
	c. profesionales habilitados para realizar procedimientos
	d. criterio a cumplir y responsable de indicación del retiro del catéter





Ejemplos o situaciones

Siguiendo el ejemplo:

2.1.c.2 “no se define cuando se debe usar material estéril ni si es esterilizado descartable.”

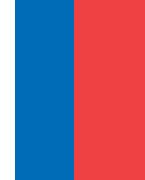
2.1.c.3 “se describe a través de un documento que los CVC deben estar con fecha de instalación sin embargo durante la visita en terreno no se pudo observar la implementación de esta practica”



Ámbito 2: Directrices técnicas

Existe un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS

2.1.d Manejo de residuos hospitalarios de riesgo



Directrices	Contenido mínimo
2.1.d Manejo y desecho de material cortopunzante en sitio de generación y traslado dentro del hospital hasta lugar de acopio	a. desecho en recipientes impermeables resistentes a las punciones (no de cartón ni otros materiales similares)
	b. recipiente en el sitio de producción del material (por ejemplo: al lado del enfermo)
	c. llenado no supera $\frac{3}{4}$ partes desde el borde superior y en ningún caso protruyen artículos
	d. personal para el retiro y traslado al sitio de acopio está definido



Ámbito 2: Directrices técnicas

Existe un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS

Elementos	Directrices	
2.1.e Salud del personal	2.1.e.1 Programa de vacunación	2.1.e.1.a antihepatitis B
		2.1.e.1.b antiinfluenza
	2.1.e.2 Protocolo de manejo de exposiciones laborales a agentes biológicos	

Asignación de puntajes

2.1.e.1 Registrar 1 si hay un programa local escrito de vacunación contra hepatitis B y protección contra influenza congruente con el Programa Nacional de Inmunización. Según este Programa se debe vacunar para prevenir Hepatitis B a todo el personal del sector público de salud y contra influenza obedecerá a planes estratégicos epidemiológicos para cada año. Se requiere definir la cobertura con su cumplimiento en el establecimiento, y la unidad responsable de realizar y mantener el programa de vacunaciones.

Asignación de puntajes



2.1.e.2 Registrar 1 si hay un protocolo de manejo ante exposiciones del personal a agentes biológicos que incluya al menos M. tuberculosis, hepatitis B y VIH, además de manejo de exposición percutánea a sangre. El protocolo especifica los responsables del manejo de exposiciones.





Ejemplos o situaciones

Siguiendo el ejemplo:

2.1.e.2 No se describe protocolo de manejo de contacto de personal para tbc, Hb o VIH



Orientaciones



Observación	Conclusión
Directriz actual no cumple con los requisitos, independiente del cumplimiento de los contenidos.	¿-----?



Orientaciones



Observación	Conclusión
<p>Directriz actual no cumple con los requisitos, independiente del cumplimiento de los contenidos.</p>	<p>Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario sobre cuales requisitos no se cumplen. Comentar si cumple o no los contenidos.</p>





PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATETER URINARIO

Requerimiento: GCL 1.2 -3.3
 Código : DI/H 4.0
 Versión : 09
 Fecha : Noviembre 2013
 Página : 9 de 17

DI/H 4.4 CRITERIOS DE INDICACION DE INSTALACION Y RETIRO DE CATETER URINARIO PERMANENTE

1.-PROPOSITO:

Unificar criterios y racionalizar el uso de catéter urinario a permanencia con el fin de prevenir infecciones asociadas a este procedimiento invasivo.

2.-RESPONSABLES:

- La indicación de la instalación y retiro de catéter urinario a permanencia obedece a una indicación médica.
- El procedimiento de instalación debe ser efectuado por médico, enfermera y/o matrona y de acuerdo a las condiciones de asepsia correspondientes.

3.-INDICACION DE INSTALACIÓN:

- Monitoreo de diuresis en paciente con compromiso hemodinámico
- Uropatía obstructiva y/o Cirugía Urológica

4.-ASPECTOS OBLIGATORIOS:

- Instalación y mantención con técnica aséptica
- Mantener este procedimiento durante el menor periodo necesario
- Retiro precoz una vez superada las condiciones médicas que motivaron su colocación.
- Revisión periódica (diaria) de la indicación de mantención del catéter

5.-INDICADORES DE CALIDAD:

Nombre Indicador	Porcentaje de cumplimiento de criterios de indicación y retiro
Tipo Indicador	Proceso
Formula indicador	Nº CUP instalados según criterios de indicación medica/ Nº total de CUP instalados*100
Umbral	≥ 95%
Fuentes de Datos	Pautas de supervisión
Periodicidad	Según Programa Anual de cada Servicio o Unidad

6.- PAUTA DE SUPERVISION

PAUTA DE OBSERVACION: INDICACION INSTALACIÓN Y RETIRO CATETERIZACION VESICAL PERMANENTE

SERVICIO: _____ OBSERVADOR: _____

FECHA: _____

RUT PACIENTE: _____

PASOS OBSERVADOS	SI	NO
1.- La instalación del catéter fue de acuerdo a lo normado		
2.- El catéter tiene indicación de permanecer instalado en este momento		

7. MODIFICACIONES

COO	Fecha Vigencia Anterior	Fecha Vigencia Actual	Puntos a Modificar	Descripción
DI/H 4.4	Noviembre 2013	Enero 2012	General	-Se fusiona con todas las normas de prevención de infección del tracto urinario
			Indicador de calidad	-Se agrega amplificador en denominador -Se modifica Umbral



Sin vigencia

PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATETER URINARIO	Requerimiento: GCL 1.2 -3.3
	Código : D/IIH 4.0
	Versión : 09
	Fecha : Noviembre 2013
	Página : 9 de 17

D/IIH 4.4 CRITERIOS DE INDICACION DE INSTALACION Y RETIRO DE CATETER URINARIO PERMANENTE

- 1.-PROPOSITO:**
Unificar criterios y racionalizar el uso de catéter urinario a permanencia con el fin de prevenir infecciones asociadas a este procedimiento invasivo.
- 2.-RESPONSABLES:**
- La indicación de la instalación y retiro de catéter urinario a permanencia obedece a una indicación médica.
 - El procedimiento de instalación debe ser efectuado por médico, enfermera y/o matrona y de acuerdo a las condiciones de asepsia correspondientes.
- 3.-INDICACION DE INSTALACIÓN:**
- Monitoreo de diuresis en paciente con compromiso hemodinámico
 - Uropatía obstructiva y/o Cirugía Urológica
- 4.-ASPECTOS OBLIGATORIOS:**
- Instalación y mantención con técnica aséptica
 - Mantener este procedimiento durante el menor periodo necesario
 - Retiro precoz una vez superada las condiciones médicas que motivaron su colocación.
 - Revisión periódica (diaria) de la indicación de mantención del catéter

5.-INDICADORES DE CALIDAD:

Nombre Indicador	Porcentaje de cumplimiento de criterios de indicación y retiro
Tipo Indicador	Proceso
Formula indicador	Nº CUP instalados según criterios de indicación medica/ Nº total de CUP instalados*100
Umbral	≥ 95%
Fuentes de Datos	Pautas de supervisión
Periodicidad	Según Programa Anual de cada Servicio o Unidad

6.- PAUTA DE SUPERVISION

PAUTA DE OBSERVACION: INDICACION INSTALACIÓN Y RETIRO CATETERIZACION VESICAL PERMANENTE		
SERVICIO:	OBSERVADOR:	
FECHA:		
RUT PACIENTE:		
PASOS OBSERVADOS	SI	NO
1.- La instalación del catéter fue de acuerdo a lo normado		
2.- El catéter tiene indicación de permanecer instalado en este momento		

7. MODIFICACIONES

COD	Fecha Vigencia Anterior	Fecha Vigencia Actual	Puntos a Modificar	Descripción
D/IIH 4.4	Noviembre 2013	Enero 2012	General	-Se fusiona con todas las normas de prevención de infección del tracto urinario
			Indicador de calidad	-Se agrega amplificador en denominador -Se modifica Umbral

Para las directrices que CUMPLEN los requisitos:

Directriz actual cumple con los contenidos y fue elaborada hace cinco años,

Directriz actual no cumple con los contenidos mínimos

Directriz actual cumple con los contenidos, tiene menos de cinco años de vigencia y previo a ella había otra directriz que cubre el período de hasta 5 años, cualquiera sean los contenidos de esta última.

Para las directrices que CUMPLEN los requisitos:

Directriz actual cumple con los contenidos y fue elaborada hace cinco años,

Registrar 1 (cumple)

Directriz actual no cumple con los contenidos mínimos

Directriz actual cumple con los contenidos, tiene menos de cinco años de vigencia y previo a ella había otra directriz que cubre el período de hasta 5 años, cualquiera sean los contenidos de esta última.

Para las directrices que CUMPLEN los requisitos:

Directriz actual cumple con los contenidos y fue elaborada hace cinco años,

Registrar 1 (cumple)

Directriz actual no cumple con los contenidos mínimos

Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario sobre los contenidos faltantes

Directriz actual cumple con los contenidos, tiene menos de cinco años de vigencia y previo a ella había otra directriz que cubre el período de hasta 5 años, cualquiera sean los contenidos de esta última.

Para las directrices que CUMPLEN los requisitos:

Directriz actual cumple con los contenidos y fue elaborada hace cinco años,

Registrar 1 (cumple)

Directriz actual no cumple con los contenidos mínimos

Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario sobre los contenidos faltantes

Directriz actual cumple con los contenidos, tiene menos de cinco años de vigencia y previo a ella había otra directriz que cubre el período de hasta 5 años, cualquiera sean los contenidos de esta última.

Registrar 1(cumple)

Para las directrices que CUMPLEN los **requisitos**:

Directriz actual cumple con los contenidos, tiene menos de cinco años de vigencia y previo a ella no había otra que cubre el período de hasta 5 años (se documenta cobertura de un periodo de 5 años de la documentación).

Directriz actual cumple con los contenidos y fue elaborada hace más de cinco años

Para las directrices que CUMPLEN los **requisitos**:

Directriz actual cumple con los contenidos, tiene menos de cinco años de vigencia y previo a ella no había otra que cubre el período de hasta 5 años (se documenta cobertura de un periodo de 5 años de la documentación).

Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario que cumple con contenidos pero es reciente.

Excepción: si el hospital fue evaluado por primera vez y se da esta situación y es evaluado por segunda vez antes de tres años y la norma se mantiene, registrar 1 aunque no se cumpla la cobertura de la norma por 5 años.

Directriz actual cumple con los contenidos y fue elaborada hace más de cinco años

Para las directrices que CUMPLEN los **requisitos**:

Directriz actual cumple con los contenidos, tiene menos de cinco años de vigencia y previo a ella no había otra que cubre el período de hasta 5 años (se documenta cobertura de un periodo de 5 años de la documentación).

Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario que cumple con contenidos pero es reciente.
Excepción: si el hospital fue evaluado por primera vez y se da esta situación y es evaluado por segunda vez antes de tres años y la norma se mantiene, registrar 1 aunque no se cumpla la cobertura de la norma por 5 años.

Directriz actual cumple con los contenidos y fue elaborada hace más de cinco años

Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario que se trata de una “directriz que cumple con contenidos, sin actualización”.

Jornada “Evaluación de elementos básicos de programas infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) ”

Evaluación ámbito Recursos Humanos



Gobierno
de Chile

Monica Pohlenz Acuña
mpohlenz@minsal.cl

Programa Control de IAAS-
MINSAL Abril 2015

Intención

Evaluar la capacitación que se ha realizado a todo el estamento funcionario con relación a materias de prevención y control de IAAS y en materias relacionadas.

Ámbito 3: Recursos humanos

Componente	Elementos		
3.1 El programa de capacitación general al personal de salud en prevención y control de IAAS incluye:	3.1.a Profesionales de equipo técnico de prevención de IAAS	3.1.a.1 Actualización en control de IAAS	3.1.a.1.a Asistencia a cursos, seminarios, o congresos científicos 3.1.a.1.b Acceso a bibliografía especializada
	3.1.b El personal de salud en atención directa a pacientes (equipo clínico y de unidades de apoyo) que recibirá los siguientes contenidos:	3.1.b.1 Inducción sobre objetivos, metas y actividades del programa local	
		3.1.b.2 Inducción sobre responsabilidades de cada uno en las actividades	
		3.1.b.3 Inducción sobre personas a quienes recurrir para consultas (ej.: médico IAAS; encargado de salud del personal)	
		3.1.b.4 Normas permanentes que deben cumplirse de acuerdo a sus funciones al ingreso y cada vez que se modifique una norma vigente o se establezca una nueva	
	3.1.c Otros funcionarios que apoyan la gestión del programa (Área administrativa y gerencial) que recibirán los siguientes contenidos:	3.1.c.1 Inducción sobre objetivos, metas y actividades del programa local	
3.1.c.2 Inducción sobre personas a quienes recurrir para consultas (ej.: médico IAAS; encargado de salud del personal)			
3.2 Programa de capacitación en materias relacionadas con la prevención de IAAS en el personal de salud	3.2.a Prevención y manejo de agentes microbiológicos	3.2.a.1 Implementación de medidas de prevención generales	3.2.a.1.a Equipos de protección personal 3.2.a.1.b Precaución de exposición a cortopunzantes
		3.2.a.2 Implementación de medidas específicas ante exposición accidental	3.2.a.2.a Manejo de exposición a sangre o fluidos corporales
			3.2.a.2.b Manejo de exposición a <i>M. tuberculosis</i>
			3.2.a.2.c Manejo de exposición a otros agentes infecciosos (influenza, <i>N. meningitidis</i> , otros)
	3.2.b Manejo de personal con enfermedades transmisibles		
	3.2.c Prevención y manejo de la exposición a sustancias potencialmente tóxicas usadas para prevención y control de IAAS	3.2.c.1 Óxido de etileno	
3.2.c.2 Glutaraldehído			
3.2.c.3 Orthophtalaldehído			
3.2.c.4 Formaldehído			

Ámbito 3: Recursos Humanos



Componentes

1

Programa de capacitación general al personal de salud en prevención y control de IAAS

2

Programa de capacitación en materias relacionadas con la prevención de IAAS en el personal de salud.



Ámbito 3: Recursos Humanos

Programa de capacitación general al personal de salud en prevención y control de IAAS

Elementos

3.1.a Profesionales de equipo técnico de prevención de IAAS	3.1.a.1 Actualización en control de IAAS	3.1.a.1.a Asistencia a cursos, seminarios, o congresos científicos
		3.1.a.1.b Acceso a bibliografía especializada

Asignación de puntajes




3.1.a Capacitación de los profesionales del equipo de IAAS

- 3.1.a.1.a Registrar **cumple** si se documenta la asistencia a actividades de capacitación, de cada uno de los miembros del equipo, en control de IAAS en los últimos tres años (certificados de asistencia a actividades realizadas por universidades, sociedades científicas, Ministerio de Salud o Servicios de Salud, organismos internacionales del sistema Naciones Unidas, congresos científicos, reuniones y talleres ministeriales en la materia).

Se asigna el valor 1





Si uno de los integrantes del equipo muestra un certificado de director regional de un diplomado de IAAS y no presenta capacitación dentro de los tres años y el resto del equipo si documenta asistencia.

¿cómo evaluaría usted?

Asignación de puntajes



3.1.a Capacitación de los profesionales del equipo de IAAS

- 3.1.a.1.b Registrar CUMPLE si se verifica la disponibilidad de alguno de los siguientes: textos de IAAS; suscripción a revistas especializadas; vínculos de red de comunicación informatizada de uso regular -internet- u otros afines).

Se asigna el valor 1



Ámbito 3: Recursos Humanos

Programa de capacitación general al personal de salud en prevención y control de IAAS

Elementos 2

3.1.b Todo el personal de salud en atención directa a pacientes (equipo clínico y de unidades de apoyo) que recibirá los siguientes contenidos:

3.1.b.1 Inducción sobre objetivos, metas y actividades del programa local.

3.1.b.2 Inducción sobre responsabilidades de cada uno en las actividades.

3.1.b.3 Inducción sobre personas a quienes recurrir para consultas (ej.: médico IAAS; encargado de salud del personal)

3.1.b.4 Normas permanentes que deben cumplirse de acuerdo a sus funciones al ingreso y cada vez que se modifique una norma vigente o se establezca una nueva

Asignación de puntajes

- 3.1.b.1 Registrar CUMPLE si existe un programa escrito de inducción al personal – independiente de su modalidad contractual - con objetivos, contenidos, la oportunidad en que se debe impartir (ejemplo: dentro del primer mes desde su ingreso a la institución) y los responsables de impartirlo (Unidad de capacitación, departamento de recursos humanos, personal del PCI u otros). En el caso de alumnos, internos y becados, la capacitación podrá ser realizado por el centro formador, será documentada y los contenidos serán definidos por el PCI del hospital. **IMPORTANTE:** El hospital tiene que conocer la cobertura de estas capacitaciones, documentando cuántos funcionarios se capacitaron de un total a capacitar programado por año. Si el hospital no puede documentar esta cobertura al menos en el año anterior a la evaluación o en los últimos doce meses, el punto 3.1.b.1 se considera **no cumplido**, y se escribe el comentario “no se conoce la cobertura del programa de inducción”).

Asignación de puntajes



- 3.1.b.2 Registrar CUMPLE si el programa establece qué normativa corresponde cumplir según la actividad que realice (por ejemplo: médicos, odontólogos, enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, nutricionistas, kinesiólogos, etc. Pueden estar agrupados de distintas maneras).



Asignación de puntajes



- 3.1.b.3 Registrar CUMPLE si el programa incluye la presentación de las personas responsables del programa para recurrir para consultas relacionadas con IAAS.



Asignación de puntajes

- 3.1.b.4 Registrar CUMPLE si el programa incluye capacitación sobre normas a cumplir en control de IAAS de acuerdo a las funciones que realizará la persona. Al menos debe incluir la entrega de listado de las normas que corresponde que el funcionario cumpla y donde encontrarlas. Se documentará que al menos el 100% personal profesional reciba capacitación en Precauciones Estándar y Técnica Aséptica en períodos no mayores de cinco años (cápsula de precauciones estándares de U-Virtual cubre ambos requisitos). Debe conocer cobertura y, si no ha logrado

Ámbito 3: Recursos Humanos

Programa de capacitación general al personal de salud en prevención y control de IAAS

Elementos 3

3.1.c Otros funcionarios que apoyan la gestión del programa (Área administrativa y gerencial) que recibirán los siguientes contenidos:

3.1.c.1 Inducción sobre objetivos, metas y actividades del programa local

3.1.c.2 Inducción sobre personas a quienes recurrir para consultas (ej.: médico IAAS; encargado de salud del personal)

Asignación de puntajes



- **3.1.c.1** Registrar CUMPLE si se documenta la existencia de un programa de inducción al personal con contenidos que incluyen sus objetivos, normas que deben cumplirse y actividades del PCI local. Si el personal debe desplazarse o realizar actividades en áreas clínicas se incluirá al menos contenidos sobre higiene de manos y uso de equipo de protección personal (EPP).



Asignación de puntajes



- **3.1.c.2** Registrar CUMPLE si el programa entrega información sobre personal a quien recurrir para consultas relacionadas con IAAS.



Ámbito 3: Recursos Humanos

Programa de capacitación en materias relacionadas con la prevención de IAAS en el personal de salud

3.2.a Prevención y manejo de agentes microbiológicos	3.2.a.1 Implementación de medidas de prevención generales	3.2.a.1.a Equipos de protección personal
		3.2.a.1.b Precaución de exposición a cortopunzantes
	3.2.a.2 Implementación de medidas específicas ante exposición accidental	3.2.a.2.a Manejo de exposición a sangre o fluidos corporales
		3.2.a.2.b Manejo de exposición a M. tuberculosis
		3.2.a.2.c Manejo de exposición a otros agentes infecciosos (influenza, N. meningitidis, otros)

Asignación de puntajes



3.2.a.1 Registrar cumple si hay un programa de capacitación y se conoce cobertura para:

- 3.2.a.1.a El uso de equipos de protección personal (ej. guantes, antiparras o escudo facial, delantal, mascarillas) acorde con normas y guías técnicas locales (elemento 2.1.b.2). Si el establecimiento ya ha pasado por una evaluación previa, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación.



Asignación de puntajes



3.2.a.1 Registrar cumple si hay un programa de capacitación y se conoce cobertura para:

- 3.2.a.1.b Prevenir exposiciones por objetos cortopunzantes (ej. pinchazos, cortes) de acuerdo a normas y guías técnicas locales (elemento 2.1.a.3). Si el establecimiento ya ha pasado por una evaluación previa, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación.





Ejemplos o situaciones

3.2.a.1.a “describen que usan para EPP pero no disponen de mascarilla para aislamiento de TBC”



Asignación de puntajes

3.2.a.2 Constatar capacitación en medidas específicas ante exposición accidental, que incluye:

- 3.2.a.2.a Registrar cumple si la capacitación incluye las medidas a tomar en caso de exposición del personal a fluidos corporales y se conoce su cobertura
- 3.2.a.2.b Registrar cumple si la capacitación incluye las medidas a tomar en caso de exposición del personal a Mycobacterium tuberculosis y se conoce su cobertura
- 3.2.a.2.c Registrar 1 si la capacitación incluye las medidas a tomar en caso de exposición del personal a otros agentes infecciosos tales como influenza, Neisseria meningitidis u otros y se conoce su cobertura
- Si el establecimiento ya ha pasado por una evaluación previa, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación.



Ejemplos o situaciones

3.2.a.2.c no presentan nada ni siquiera saben enfrentar la situación



Ámbito 3: Recursos Humanos

Programa de capacitación en materias relacionadas con la prevención de IAAS en el personal de salud

Elementos 2

3.2.b Manejo de personal con enfermedades transmisibles

3.2.c Prevención y manejo de la exposición a sustancias potencialmente tóxicas usadas para prevención y control de IAAS

3.2.c.1 Óxido de etileno

3.2.c.2 Glutaraldehído

3.2.c.3 Orthophtalaldehído

3.2.c.4 Formaldehído

Asignación de puntajes



- 3.2.b Registrar cumple si existe capacitación sobre qué debe hacer el personal cuando presenta enfermedades transmisibles específicas (incluye un listado de los cuadros infecciosos que deben ser considerados) y los responsables locales del manejo de la enfermedad (médico del personal u otro) a quienes recurrir y se conoce su cobertura.
- Si el establecimiento ya ha pasado por una evaluación previa, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación.



Asignación de puntajes

3.2.c El personal que manipula las sustancias que se listan a continuación ha recibido capacitación en las medidas de prevención y manejo de los agentes químicos potencialmente tóxicos usados para la prevención y control de IAAS y se conoce su cobertura, que debe mencionar quienes son responsables de la capacitación (servicios de salud del personal, personal de prevención de riesgos u otro) que incluye:

- 3.2.c.1 Registrar 1 si la capacitación incluye Óxido de etileno. Registrar NA si no se usa.
- 3.2.c.2 Registrar 1 si la capacitación incluye Glutaraldehído. Registrar NA si no se usa.
- 3.2.c.3 Registrar 1 si la capacitación incluye Orthophtalaldehído. Registrar NA si no se usa.
- 3.2.c.4 Registrar 1 si la capacitación incluye Formaldehído. Registrar NA si no se usa.
- Si el establecimiento ya ha pasado por una evaluación previa, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación.



Ejemplos o situaciones

3.2.c.2 . “no existe programa oficial de inducción en IAAS, sin embargo el hospital declara que realiza las acciones respectivas y demuestran asistencia a este”.

