

Manual del instrumento de “Evaluación de elementos básicos de programas infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)¹”

(Versión febrero 2016)

¹ Norma N° 124. Programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud. Octubre 2011. MINSAL

Instrucciones para aplicación del instrumento de evaluación.

El siguiente documento pretende describir los principales criterios para completar el instrumento de evaluación de la Norma Técnica 124. Este instrumento evalúa 8 ámbitos que corresponden a las distintas áreas de competencia de un programa de control de infecciones asociadas a la atención en salud:

1. Organización
2. Directrices técnicas
3. Recursos humanos
4. Vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud y supervisión en cumplimiento de prácticas
5. Microbiología
6. Requerimientos ambientales y de planta física
7. Monitorización y evaluación de programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.
8. Vínculos con Salud Pública y otros sectores

Para los **ámbitos** se han definido uno o más **componentes** que incorporan aspectos estructurales básicos para las funciones establecidas en cada ámbito. La existencia y cumplimiento de los componentes se **verifican** a través de distintos elementos, que corresponden a actividades cuya existencia y desarrollo comprueban el cumplimiento del componente.

La aplicación de este instrumento consiste en verificar en terreno en cada ámbito y para cada componente la existencia de los elementos básicos. La verificación de cumplimiento para cada elemento se hace a través de la constatación de lo solicitado en documentación impresa, en medios informatizados o por observación directa.

Como calificar el elemento evaluado

1. Si el establecimiento presenta evidencias que permiten verificar el cumplimiento de un elemento, en la columna “Cumple SI/NO” se debe poner “1”
2. Si para un elemento en evaluación el establecimiento no tiene ninguna documentación que respalde su cumplimiento, en la columna “Cumple SI/NO” se debe poner “0”. Cada elemento en incumplimiento requiere un comentario que lo explique, con el numeral asignado al elemento que se refiere
(Ej.: **1.3.c** No hay documentación que establezca que el Programa de Control de Infecciones es responsable del manejo de brotes).

Fundamentación del cumplimiento

No se harán comentarios sobre los elementos que se cumplen, sólo los que se encuentran parcial o totalmente en incumplimiento. Los comentarios que se incluyan para cada elemento no cumplido se restringirán a describir el o los aspectos insuficientemente cumplidos del elemento evaluado que originen el incumplimiento, evitándose recomendaciones y sugerencias, las cuales se abordarán en planes elaborados localmente

Documento oficial

La presentación de un documento oficial del establecimiento para demostrar el cumplimiento de algún elemento debe tener las siguientes características:

1. Contener las materias solicitadas.
2. Tener una fecha de emisión

3. Tener la firma y timbre de la Dirección del establecimiento (en el sector público, contar con resolución o documento aprobatorio).

Toda la documentación tiene un período de vigencia máximo de cinco años, posterior al cual debe ser revisada. Si la revisión establece que se mantendrá sin cambios debe anotarse en el mismo documento la fecha de la revisión, firma del revisor y nueva firma y timbre de la dirección del establecimiento. Si el documento se modifica, se debe consignar por escrito en el mismo documento que modifica al anterior y debe cumplir con los requisitos de documento oficial ya mencionados.

Directrices: en este documento se denominan como “directrices” los documentos locales con instrucciones para el personal de salud o institución, tales como protocolos, manuales de procedimientos, guías clínicas o de otro tipo, normas locales, u otros documentos afines que se aplican a parte o toda la organización. Todas deben ser firmadas por alguna autoridad local (Director, Subdirector médico, otro profesional local que tiene atribuciones para hacerlo).

Capacitación: Las actividades de capacitación del personal se verificarán con informes de su cobertura = (número de personas capacitadas / número de personas que se programó capacitar) x 100. No se solicita cumplir una cobertura determinada, solo conocerla y describir los porcentajes de acuerdo a los grupos programados. Independiente de quién realice la capacitación, el personal que será capacitado y los contenidos serán definidos por el PCI.

Si se pide que se certifique la capacitación de personas individuales, deberá exhibirse un certificado propiamente tal por alguna entidad reconocida (Centro de formación, Sociedad Científica, MINSAL u otro) y algún documento en donde se describan los contenidos de la capacitación, de modo de verificar si cumplen con los contenidos mínimos solicitados.

registrar	Cuando el elemento
1	se cumple
0	no se cumple
NA	no aplica. Se usa NA sólo si la actividad no se realiza en el establecimiento.

IMPORTANTE

Este instructivo describe los criterios para completar la plantilla de “Evaluación de elementos básicos de los programas de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud” que se encuentra disponible en SICARS.

El carácter de este documento es orientador a fin de homogeneizar criterios de evaluación. En ningún caso se debe considerar como un documento prescriptivo, por lo que no pretende reemplazar el juicio basado en la experiencia del evaluador.

1. **Ámbito Organización**

La intención de este ámbito es evaluar si el establecimiento tiene una organización para realizar las actividades de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y ha desarrollado un programa para el cumplimiento de sus tareas.

1.1 Verificar la existencia de uno o más documentos oficiales que describa(n) el programa de control de infecciones (PCI) con los siguientes requisitos:

1.1.a Registrar 1 si su dependencia es del nivel técnico más alto de la institución¹ es decir, el profesional de más alto rango en la estructura jerárquica del hospital que entre sus funciones sea responsable de la coordinación y conducción de las actividades clínicas. Generalmente se refiere a la Dirección o a la Sub-dirección médica, pudiendo este cargo tener otra denominación siempre que incorpore las funciones mencionadas. Si depende de un nivel inferior al mencionado, por ejemplo de una dirección intermedia (ej.: calidad, enfermería, gestión del cuidado, etc.) que a su vez depende del subdirector, se considera incumplimiento y registrar 0. Se documenta por un organigrama, una resolución u otro medio equivalente.

1.1.b Registrar 1 si hay metas sobre la incidencia de infecciones (infecciones endémicas del establecimiento) de acuerdo a la información de la vigilancia. Estas metas deben al menos comparar los resultados locales con los indicadores nacionales de referencia que publica el Ministerio de Salud² y especificar el umbral que se desea alcanzar y los plazos en que se desea lograr. Ejemplo:

- Incidencia de Infecciones de Herida Operatoria en colecistectomía laparoscópica anual año 2015. Meta/umbral: inferior a valor de referencia MINSAL 2015.

1.1.c Registrar 1 si hay metas relacionadas con el estudio de infecciones que pueden ser causadas por agentes patógenos específicos que se asocian a brotes (Ej. Enterococo resistente a vancomicina; *C. difficile*; *Aspergillus*; Rotavirus, agentes con resistencia especial a los antimicrobianos entre otros criterios) y metas relacionadas con la vigilancia de transmisión de infecciones en la atención en salud durante brotes comunitarios (influenza, diarreas, otros). Estas metas explican qué criterio se usará para iniciar el estudio de brote local. Ejemplo:

- Estudiar 100% de las situaciones en que aparecen más de 2 casos semanales de diarrea asociada a Rotavirus en el Servicio de Pediatría en el año para confirmar/descartar brotes.
- Mantener o reducir endemia de 4 casos mensuales de diarrea asociada a *Clostridium difficile* en el Servicio de Cirugía.

1.1.d Registrar 1 si hay metas de cumplimiento de actividades de prevención programadas tales como actividades de capacitación, elaboración/distribución de normas y otras directrices, supervisión de procesos o procedimientos, etc. Si se han detectado problemas locales al comparar los resultados locales con los indicadores de referencia (1.1.b) siempre deberán existir metas de actividades relacionadas con esos problemas. Si esto no existe, registrar 0. Ejemplo:

- Orientación en servicio a sobre el 90% de las personas que se incorporan al hospital dentro de un mes desde que inician sus actividades.
- Capacitar en reunión clínica a todos los obstetras [100%] en materia de oportunidad de administración de la profilaxis antibiótica en pacientes sometidas a cesárea.

¹ Reglamento de Hospitales y Clínicas. Art 19 de Dcto N° 152/05 del MINSAL

² Indicadores IAAS. MINSAL. http://web.minsal.cl/infecciones_intrahospitalarias

- 1.2** Registrar 1 si el (los) documento(s) oficiales especifican que las actividades del PCI en la prevención de IAAS incluyen:
- 1.2.a** pacientes
 - 1.2.b** personal
 - 1.2.c** visitas y acompañantes de los enfermos. Ejemplo: procedimientos para ingreso a sectores restringidos o en epidemias en la comunidad (uso de mascarillas, y otros).
- 1.3** Registrar 1 si en un documento oficial se describen las funciones del PCI estableciendo al menos que tiene la responsabilidad de:
- 1.3.a** realizar la vigilancia epidemiológica activa de IAAS.
 - 1.3.b** desarrollar las directrices locales para la estandarización de prácticas de prevención de IAAS al menos:
 - 1.3.b.1** precauciones estándar
 - 1.3.b.2** selección y uso apropiado de antisépticos
 - 1.3.b.3** prevención de IAAS en procedimientos clínicos: técnica aséptica, profilaxis antibiótica y otros.
 - 1.3.b.4** esterilización y desinfección de material clínico
 - 1.3.b.5** precauciones para aislamiento de pacientes
 - 1.3.c** estudiar y manejar brotes
 - 1.3.d** establecer los contenidos y estrategia de capacitación del personal en IAAS
 - 1.3.e** evaluar el cumplimiento de prácticas de prevención de IAAS
 - 1.3.f** participar en la selección de insumos para la prevención y control de IAAS
 - 1.3.g** definir los elementos técnicos de los planes de preparación y respuesta ante emergencias relacionadas con enfermedades transmisibles, tales como epidemias, desastres naturales y otros.
- 1.4** Registrar 1 si un documento oficial delimita las responsabilidades¹ y establece las formas de coordinación entre los encargados de IAAS y los profesionales responsables locales de:
- 1.4.a** prevención y contención de resistencia antimicrobiana
 - 1.4.b** tuberculosis, VIH y otros programas de Salud Pública
 - 1.4.c** bioseguridad de laboratorios
 - 1.4.d** salud ocupacional
 - 1.4.e** calidad de la atención en salud y seguridad de los pacientes
 - 1.4.f** manejo de residuos hospitalarios y otras materias ambientales

1.5 Condiciones del recurso humano profesional que comprende:

1.5.a Equipo técnico profesional

1.5.a.1 médico(s)

1.5.a.1.a Registrar 1 si se certifica capacitación en:

1.5.a.1.a.1 prevención y control de IAAS²

1.5.a.1.a.2 epidemiología básica

1.5.a.1.a.3 vigilancia de IAAS

1.5.a.1.a.4 manejo de brotes

¹ Por delimitación de responsabilidades se entiende que explica cuál es la función que realiza cada uno sobre la materia.

² Se debe diferenciar la formación en IAAS propiamente tal, (epidemiología de las infecciones y prevención y control de cada tipo de infección de acuerdo a los factores de riesgo), de la formación con contenidos en infectología, que trata del manejo clínico de casos (diagnóstico y tratamiento). Esta última por sí sola no cumple con el criterio como capacitación en IAAS.

La capacitación en estas materias puede ser toda en una sola actividad o curso, no es necesario que existan actividades educativas separadas o independientes de cada tema. Paralelamente, de existir más de un médico en el PCI, los contenidos de capacitación antes requeridos podrán complementarse entre ellos (por ejemplo, si existen 2 médicos y uno de ellos cuenta con capacitación en prevención y control de IAAS y vigilancia de IAAS, mientras que el segundo cuenta con capacitación en epidemiología básica y manejo de brotes se considerará que, entre ambos, los médicos presentan capacitación en los contenidos mínimos solicitados).

1.5.a.1.b En la tabla complementaria denominada MEDICO 1.5.a.1.b. registrar el número de horas semanales asignado para las funciones del médico relacionadas con el PCI, con documentación escrita oficial. Si se han asignado horas con fracción, por ejemplo: cuatro horas y media, se debe registrar la fracción 4,5 horas (no 4:30 ó 4,30), utilizando coma decimal y no punto decimal. De existir más de un médico con horas asignadas, debe consignarse la suma del total de horas semanales disponibles entre ambos. Al total de horas asignadas al PCI por documentación oficial, se deben realizar los siguientes descuentos, si fueren aplicables, tras entrevistar al personal del PCI y otras autoridades locales si se estima necesario:

- Descontar las horas semanales que, debiendo destinarse a actividades y funciones descritas en el punto 1.3, se destinan a otras funciones no descritas en este punto, por ejemplo: calidad, control de uso de antimicrobianos¹. Si descontadas estas horas no se cumple el mínimo de 5 horas semanales, esto se registrará en los comentarios.
- En caso que exista períodos sin médico del PCI por motivos distintos a vacaciones o capacitaciones en materia de IAAS que sean demostrables durante el año, al tiempo asignado semanal por documentación oficial, (11 horas semanales, 5 horas, etc. según corresponda) se restará media hora semanal por cada semana de ausencia. Por ejemplo: si un médico tiene 6 horas asignadas y en el año concurre a una actividad de formación de dos semanas en una especialidad no directamente relacionada, tal como psiquiatría, a las 6 horas se le restará 1 hora, que es la suma de 30 minutos por cada semana ausente, registrándose 5 horas dedicadas. Si descontadas estas horas de las horas reales asignadas no se cumple el mínimo de 5 horas semanales, esto se registrará en los comentarios.
- En caso de presentarse ambas situaciones simultáneamente, ambos descuentos deberán aplicarse conjuntamente.

1.5.a.1.c Registrar 1 si hay un documento oficial que asigna la autoridad y responsabilidad al profesional para desarrollar las acciones para la prevención y control de IAAS (por ej. Convocar a reuniones con cualquier jefatura de servicio clínico o de apoyo médico o de enfermería, solicitar informes, tomar decisiones en manejo de brotes).

1.5.a.2 enfermera(s). El profesional principal del equipo de control de infecciones tiene que ser enfermera o enfermera-matrona. Además el equipo puede contar con otros profesionales del área clínica para las funciones. Estos(as) profesionales deben poseer:

1.5.a.2.a Registrar 1 si se certifica capacitación en:

1.5.a.2.a.1 prevención y control de IAAS

1.5.a.2.a.2 epidemiología básica

1.5.a.2.a.3 vigilancia de IAAS

¹ Control de uso de antimicrobianos es una actividad relacionada con prevención de la aparición de la resistencia o de optimización de recursos pero no previene infecciones propiamente tal, como son las medidas de aislamiento.

1.5.a.2.a.4 supervisión de prácticas de atención

La capacitación en estas materias puede ser toda en una sola actividad o curso, no es necesario que existan actividades educativas separadas o independientes de cada tema. Paralelamente, de existir más de una enfermera o profesional afín en el PCI, los contenidos de capacitación antes requeridos podrán complementarse entre ellas(os) tal como se describió en el ejemplo de los médicos.

1.5.a.2.b tiempo de enfermería

1.5.a.2.b.1 En la tabla complementaria denominada ENFERMERA 1.5.a.2.b.1. registrar la sumatoria de horas semanales asignadas mediante documentación oficial para realizar funciones relacionadas con el PCI. Si hay más de un(a) profesional, sumar las horas totales semanales de todo el equipo involucrado. Se considerarán para este punto horas de profesionales de obstetricia u otros, que son parte del PCI y no personal clínico que realiza actividades relacionadas con IAAS dentro de su horario asistencial. Del total de horas asignadas al PCI por documentación oficial, se deben realizar los siguientes descuentos, si fueren aplicables, tras entrevistar al personal del PCI y otras autoridades locales si se estimara necesario:

- Descontar las horas semanales que, debiendo destinarse a actividades y funciones descritas en el punto 1.3, se destinan a otras funciones no descritas en este punto, por ejemplo: calidad, vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria, acciones del Programa Nacional de Inmunizaciones no relacionadas con vacunaciones del programa de IAAS, funciones asistenciales y otras. Si descontadas estas horas no se cumple el mínimo de 44 horas semanales por cada 250 camas, esto se registrará en los comentarios.
- En caso que exista períodos sin alguna de las enfermeras o profesionales no médicos del PCI por motivos distintos a vacaciones o capacitaciones en materia de IAAS que sean demostrables durante el año, al tiempo asignado semanal por documentación oficial que aporta esta(e) profesional, (44 horas, 33 horas, etc. según corresponda) se restará una (1) hora semanal por cada semana de ausencia. Si descontadas estas horas de las horas reales asignadas no se cumple el mínimo de 44 horas semanales por cada 250 camas, esto se registrará en los comentarios.
- En caso de presentarse ambas situaciones simultáneamente, ambos descuentos deberán aplicarse conjuntamente.

Registrar el número de **camas de dotación**¹ del establecimiento en la celda correspondiente. Si el establecimiento tiene camas de cuidados intensivos (adultos, cirugía, neonatología u otras), cada una de éstas se considerará como dos² por la necesidad de mayores actividades en este tipo de pacientes. Su relación entregará automáticamente el puntaje en la celda amarilla.

1.5.a.2.b.2 Registrar 1 si el hospital tiene más de 200 camas y al menos el profesional de enfermería principal del PCI cuenta con jornada completa para la función. Si el hospital tiene menos de 200 camas registrar “NA”. Si el (la)

¹ Corresponden a las camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para recibir pacientes. En el caso de los hospitales del SNSS, la dotación normal de camas está definida por una Resolución Interna del Director del Servicio. (Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL)

² Por ejemplo, si un hospital tiene una dotación de 100 camas y cinco de ellas son de UCI, la dotación a considerar es de 105 camas [95 camas regulares + 10 (5* 2 camas UCI)]

profesional con esta responsabilidad no es enfermera(o) o enfermera(o)-matrona(ón) registrar 0.

1.5.a.2.c Registrar 1 si la enfermera principal del PCI tiene un nivel jerárquico equivalente o superior a los profesionales responsables de supervisar a otros en la misma institución y además hay un documento oficial que le asigna la autoridad y responsabilidad para desarrollar las acciones para la prevención y control de IAAS (Por ejemplo: de supervisar las prácticas de otros, solicitar informes, estudio y manejo de brotes).

1.5.a.3 Registrar 1 si el profesional de mayor calificación técnica en el laboratorio de microbiología tiene tiempo asignado en un documento oficial y especifica su rol en el PCI que debe incluir al menos el informe de resultados microbiológicos de las distintas infecciones, su participación en estudios específicos de desarrollo local, informar de inmediato los hallazgos significativos, consolidar la información sobre resistencia a los antimicrobianos y otra información rutinaria sobre las IAAS. Si el establecimiento no cuenta con sección de microbiología en su laboratorio, la representación deberá corresponder al profesional de mayor calificación técnica del laboratorio. De no existir laboratorio en el establecimiento, se registrará “NA”.

1.5.b Elementos de apoyo administrativo

1.5.b.1 Registrar 1 si el PCI tiene acceso a secretaria designada para el apoyo en aspectos administrativos del PCI, a tiempo parcial o completo

1.5.b.2 Registrar 1 si hay una asignación anual identificable del presupuesto para funciones del PCI.

1.5.c Apoyo informático Registrar 1 en los siguientes ítems si el PCI cuenta con:

1.5.c.1 Equipo de computador e impresora asignados e instalados para uso permanente para el PCI

1.5.c.2 Acceso permanente a redes comunicacionales informatizadas (Internet)

1.5.c.3 Vínculo para apoyo técnico de informática

2. Ámbito Directrices Técnicas

La intención de este ámbito es evaluar la existencia de directrices locales oficiales (normas, procedimientos, guías institucionales u otras instrucciones) actualizadas (no más de cinco años desde la última revisión) para la prevención y control de IAAS. Estas directrices podrán estar separadas, agrupadas o incorporadas en otros documentos debiendo, en todas estas situaciones, dar siempre cumplimiento a:

- I. **Requisitos mínimos:** Cada uno de estos documentos debe contar al menos con: título; propósitos u objetivos; 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.
- II. **Contenidos mínimos:** De acuerdo al listado de directrices descrito a continuación, cada una debe en sus procedimientos o instrucciones a cumplir tener ciertos contenidos que se considerarán en la evaluación.

Asignar 1a la directriz si cumple con (1) todos los requisitos y (2) todos los contenidos mínimos.

2.1.a Precauciones estándares:

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

2.1.b Precauciones de aislamiento para patologías infecciosas de importancia:

Diretrizes	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
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.)

2.1.c 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
2.1.c.2 Instalación y mantenimiento de catéteres vasculares centrales	a. indicación de instalación ¹
	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 (uso de multivías, inyección de fármacos, toma de muestras)
	f. criterio a cumplir y responsable de indicación del retiro del catéter
2.1.c.3 Instalación y mantenimiento de catéteres urinarios	a. indicación de instalación ¹
	b. procedimientos a cumplir para su instalación (técnica aséptica y registro de fecha de instalación)
	c. profesionales habilitados para realizar procedimientos
	d. medidas para mantenimiento de catéteres (toma de muestras, manejo de la bolsa recolectora, flujo permeable)
	e. criterio a cumplir y responsable de indicación del retiro del catéter
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 ¹
2.1.c.5 Preparación de la piel para cirugía	a. responsables de la indicación de remoción del vello ¹
	b. método de remoción del vello que no es invasivo
	c. lavado y uso de antiséptico en la piel del sitio quirúrgico
2.1.c.6 Otros procedimientos invasivos (siempre verificar ventilación mecánica, tactos vaginales, procedimientos invasivos en columna y sistema nervioso central)	a. indicación de instalación ¹
	b. cumplimiento de técnica aséptica
	c. profesionales habilitados para realizar procedimientos
	d. medidas de mantenimiento
	e. criterio a cumplir y responsable de indicación del retiro.

2.1.d. Residuos

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. está definido el personal para el retiro y traslado al sitio de acopio

¹ Se refiere a quién puede indicar el procedimiento y qué criterios clínicos o condiciones deben cumplirse para que la indicación sea adecuada. Lo mismo debe considerarse en la indicación de suspensión y/o retiro.

2.1.e Salud del personal: los documentos normativos sobre inmunizaciones consignarán la participación del PCI en su elaboración.

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 Inmunización¹. 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.

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.

Orientaciones para la evaluación de las directrices

	Observación	Conclusión
1	Directriz actual no cumple con los requisitos, independiente del cumplimiento de los contenidos.	Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario sobre cuales requisitos no se cumplen. Comentar si cumple o no los contenidos.
Para las directrices que CUMPLEN los requisitos :		
2	Directriz actual cumple con los contenidos y fue elaborada hace cinco años.	Registrar 1 (cumple)
3	Directriz actual no cumple con los contenidos mínimos.	Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario sobre los contenidos faltantes
4	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, cualesquiera sean los contenidos de esta última.	Registrar 1(cumple)
5	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.	Registrar 0 (no cumple) y escribir comentario que cumple con contenidos pero es reciente. Excepciones: <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Si el hospital lleva menos de 5 años en funcionamiento y tiene la directriz vigente, registrar 1
6	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”.

¹ Dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país. Decreto Exento n° 06, enero 2010. MINSAL.

3. Ámbito Recursos Humanos

La intención de este ámbito es evaluar la capacitación que se ha realizado a todo el estamento funcionario con relación a materias de prevención y control de IAAS (3.1) y en materias relacionadas con la prevención y control de IAAS en el personal de salud. (3.2). La capacitación puede ser realizada por grupos distintos al personal de control de infecciones, pero los contenidos han sido establecidos por el personal del PCI.

3.1. Capacitación

3.1.a Capacitación de los profesionales del equipo de IAAS

3.1.a.1.a Registrar 1 si se documenta la asistencia a actividades de capacitación incluidos cursos en línea certificados, 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).

3.1.a.1.b Registrar 1 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).

3.1.b Hay un programa con contenidos del PCI requeridos para el personal en atención directa de pacientes y de unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico:

3.1.b.1 Registrar 1 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 realizada por el centro formador, será documentada y los contenidos serán definidos o revisados 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, se registra 0 y se escribe el comentario “no se conoce la cobertura del programa de inducción”).

3.1.b.2 Registrar 1 si el programa establece qué normativa corresponde cumplir según la actividad que realice (Pueden estar agrupados de distintas maneras por ejemplo: médicos, odontólogos, enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, nutricionistas, kinesiólogos, etc. O por tipo de servicios: urgencias, oftalmología, pabellones, etc.).

3.1.b.3 Registrar 1 si el programa incluye la presentación de las personas responsables del programa para recurrir para consultas relacionadas con IAAS.

3.1.b.4 Registrar 1 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 y
- se documentará que en los últimos 5 años el 100% el personal profesional reciba capacitación en Precauciones Estándares y Técnica Aséptica (cápsula de precauciones estándares de U-Virtual cubre ambos requisitos). De no haberse logrado cobertura de 100%, existirá documentado un plan de capacitación para dar cobertura de 100% durante los 5 años.

3.1.c Hay un programa de inducción escrito, con los contenidos requeridos, para funcionarios sin atención directa de pacientes, de áreas administrativas y de gestión:

3.1.c.1 Registrar 1 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).

3.1.c.2 Registrar 1 si el programa entrega información sobre personal a quien recurrir para consultas relacionadas con IAAS.

3.2 Prevención de infecciones en el personal

Existe capacitación¹ en materias relacionadas con la prevención de infecciones en el personal de salud y cobertura documentada por el establecimiento, con un programa de acuerdo a las funciones asignadas:

3.2.a Con relación a la prevención y manejo de agentes microbiológicos, constatar capacitación en medidas de prevención generales que incluya:

3.2.a.1 Registrar 1 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) consistente con normas y guías técnicas locales (elemento 2.1.b.2). Si el establecimiento ya ha sido evaluado previamente, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación, o se ha mantenido si la cobertura previa era adecuada (igual o mayor al 80%).

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 sido evaluado previamente, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación, o se ha mantenido si la cobertura previa era adecuada (igual o mayor al 80%).

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

3.2.a.2.a Registrar 1 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 1 si la capacitación incluye las medidas a tomar en caso de exposición del personal a *M. 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, *N. meningitidis* u otros y se conoce su cobertura. Si el establecimiento ya ha sido evaluado previamente, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación, o se ha mantenido si la cobertura previa era adecuada, en caso contrario, se registrará 0 y se anotará en comentarios el motivo de no cumplimiento y la última cobertura alcanzada.

3.2.b Registrar 1 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 ésta ya ha sido evaluado previamente, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación, o se ha mantenido si la cobertura previa era adecuada, en caso contrario, se registrará 0 y se anotará en comentarios el motivo de no cumplimiento y la última cobertura alcanzada.

¹ Se entiende por capacitación el proceso activo. No se considera válido la entrega pasiva de documentos informativos, dípticos, no asociadas a la capacitación activa.

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 sido evaluado previamente, debe documentar que ha existido un aumento en su cobertura respecto a la última evaluación, o se ha mantenido si la cobertura previa era adecuada, se registrará 0 y se anotará en comentarios el motivo de no cumplimiento y la última cobertura alcanzada.

4. Ámbito Vigilancia de IAAS y supervisión en cumplimiento de prácticas

La intención de este ámbito es evaluar si el establecimiento posee (a) un sistema de vigilancia epidemiológica efectivo que permita conocer su situación de infecciones asociadas a la atención en salud y (b) un sistema de información sobre el nivel de cumplimiento de las medidas de prevención.

4.1.a Vigilancia.

4.1.a.1 Verificar la existencia de vigilancia:

Registrar 1 si se realiza vigilancia (constatado por medio de la existencia de datos de al menos 24 meses¹ consecutivos actualizado al penúltimo mes antes de la visita en SICARS en prestadores institucionales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro medio en establecimientos privados o no pertenecientes) según el tipo de infección en vigilancia (ver tabla a continuación). Para registrar 1 en cualquier tipo de infección deben cumplirse todos los casilleros de la línea (componentes que deben ser vigilados). Ejemplo: Si el hospital tiene Medicina, Cirugía y UCI y vigila infecciones urinarias asociadas a uso de catéter urinario permanente en los tres el registro en 4.1.a.1.a es “1”, pero si no las vigila en uno o más de estos servicios el registro será “0”. Si en todos los casilleros de la línea se puso “NA” porque no existe el componente que debe ser vigilado, registrar NA en el tipo de infección en la planilla de evaluación.

Tipo de infección	Componentes que deben ser vigilados					
4.1.a.1.a infecciones urinarias asociadas a uso de catéter urinario permanente	Medicina	Cirugía	UCI (UPC)			
4.1.a.1.b septicemias asociadas a catéter venoso central	Pacientes Adultos	Pacientes Pediátricos	Pacientes Neonatología			
4.1.a.1.c neumonía asociada a ventilación mecánica	Pacientes Adultos	Pacientes Pediátricos	Pacientes Neonatología			
4.1.a.1.d infecciones de la herida operatoria	colecistectomía laparoscópica	colecistectomía por laparotomía	hernias inguinales en adultos	cesárea	bypass coronario	prótesis de cadera
4.1.a.1.e endometritis puerperal según tipo de parto	Parto vaginal	Parto cesárea con trabajo de parto	Parto cesárea sin trabajo de parto			
4.1.a.1.f infecciones gastrointestinales en pediatría	Lactantes	Neonatología				
4.1.a.1.g infecciones respiratorias agudas en pediatría	Lactantes					
4.1.a.1.h infecciones del sistema nervioso central asociadas a válvulas de derivación.	Válvula derivativa externa en adultos	Válvula derivativa ventrículo peritoneal en adultos	Válvula derivativa ventrículo peritoneal en pediatría			

4.1.a.2 Registrar 1 si el hospital cuenta con una definición operativa de brote epidémico para los síndromes clínicos que le son aplicables de acuerdo a su cartera de prestaciones (por ejemplo: nú-

¹ Si el establecimiento ha funcionado durante menos de 24 meses, se considerará el indicador desde la entrada en vigencia de éste.

mero de casos, eventualmente nivel de las tasas, en determinado período-servicio, sobre el cual se considera brote), por ejemplo: diarrea, infecciones respiratorias, infecciones virales, casos de infecciones por *A. baumannii*. En aquellas situaciones en que existan normativas o circulares del Ministerio de Salud que definan estos criterios (por ejemplo, brote de diarrea asociada a *Clostridium difficile*), las definiciones locales deberán ser consistentes con éstas.

4.1.a.3 Registrar 1 si el hospital tiene vigilancia de infecciones por agentes de importancia epidemiológica, por ejemplo: infecciones por bacterias multiresistentes o con emergencia de patrones de resistencia diferentes a los habitualmente identificados; reporte de cultivos positivos en insumos, fármacos o dispositivos. Esto considera la indicación de que el laboratorio debe informar de inmediato la identificación de cualquier diagnóstico de estos agentes al programa de IAAS local (vigilancia pasiva por el laboratorio).

4.1.b el sistema de vigilancia tiene descritos:

4.1.b.1 sus objetivos mencionando los siguientes

4.1.b.1.a Registrar 1 si se describe que el sistema debe producir información de la incidencia de infecciones

4.1.b.1.b Registrar 1 si se describe que debe producir información para la detección de brotes de infecciones en el hospital

4.1.b.1.c Registrar 1 si describe que la información debe permitir la evaluación del impacto de las intervenciones.

4.1.b.2 Registrar 1 si se cuenta con definiciones estandarizadas de “caso” para cada una de las infecciones que vigila (elemento 4.1.a.1), en concordancia con la normativa del Ministerio de Salud. Si existen definiciones para algunas infecciones en vigilancia y no para otras se debe registrar 0, elemento NO cumplido. Si se observa que las definiciones que utiliza la institución no son consistentes con las utilizadas por el Ministerio de Salud se debe registrar “0”.

4.1.b.3 Registrar 1 si se describe el procedimiento para la detección de pacientes que hayan presentado alguna de las infecciones que tiene en vigilancia, que corresponde al numerador para el cálculo de tasa de infección. Por ejemplo: revisión de historias clínicas de los pacientes con el factor de riesgo, revisión de resultados de laboratorio, etc. Si existen descritos procedimientos para algunas infecciones en vigilancia y no para otras se debe registrar 0, elemento NO cumplido.

4.1.b.4 Registrar 1 si se describe el procedimiento para la detección de los expuestos al riesgo de adquirir alguna de las infecciones en vigilancia, que corresponde al denominador para el cálculo de tasa de infección. Por ejemplo: revisión al menos una vez por semana de todos los pacientes con catéter vascular central, visita dos veces por semana a todos los pacientes en la UCI, etc. Si existen descritos procedimientos para algunas infecciones en vigilancia y no para otras se debe registrar 0, elemento NO cumplido.

4.1.b.5 Registrar 1 si se describe en el documento de la vigilancia los siguientes tres aspectos (a) como se construirán las tasas (numeradores, denominadores) para cada infección en vigilancia; (b) la frecuencia con que se calcularán estas tasas, en períodos que no excedan el mes y (c) la frecuencia con que se elaborarán informes de las tasas.

4.1.c Verificar que el sistema de vigilancia de infecciones que se encuentran asociadas a los indicadores del elemento 4.1.a.1 cumple los siguientes requisitos:

4.1.c.1 Registrar 1 si la detección de casos es realizada por profesionales del equipo de control de infecciones. Si durante los últimos tres años hay períodos de más de cuatro semanas acumuladas en el año en que la detección de los casos es realizada por profesionales de los servicios y unidades clínicas registrar “0”. Si hay uno o más servicios clínicos en que sólo se realiza por profesionales de los servicios y unidades clínicas, registrar “0”.

4.1.c.2 Registrar 1 si la pesquisa de casos se realiza mediante la revisión de historias clínicas de pacientes con determinadas condiciones de riesgo asociadas a las infecciones en vigilancia (según lo descrito en 4.1.b.4). Si la pesquisa es realizada sólo por notificación por personal clínico o si es sólo por resultados de cultivos, registrar 0.

4.1.c.3 Registrar 1 si la revisión de historias clínicas en cada servicio es al menos semanal. Si es más espaciada registrar 0.

4.1.d Verificar la evaluación de la calidad de la información obtenida a través del sistema de vigilancia establecido mediante:

4.1.d.1 Registrar 1 si se han realizado estudios de sensibilidad de la vigilancia (al menos por estudios de prevalencia y además pueden existir estudios incidencia u otros) para conocer la capacidad del sistema de vigilancia para detectar las IAAS, verificando que se haya realizado al menos uno en los últimos tres años.

4.1.d.2 Registrar 1 si estos estudios se han realizado al menos una vez en el año en los últimos tres años, con informe de resultados obtenidos.

4.1.e Verificar que la información obtenida a través de la vigilancia se difunde.

4.1.e.1 Registrar 1 si al menos cada cuatro meses se distribuye un informe sobre tasas de infecciones y análisis de los resultados, a los niveles de decisión del establecimiento (directivos, jefaturas de servicios y unidades clínicas, equipos de calidad u otros que se han definido localmente).

4.1.e.2 Registrar 1 si hay un informe de cada brote estudiado que se ha difundido a la dirección. En los prestadores institucionales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud esto se dará por cumplido si el establecimiento utiliza SICARS y existe registro de que el autorizador local ha autorizado la publicación de un brote. Si el autorizador local no es el(la) director(a), debe existir un informe o medio de comunicación oficial dirigido a éste(a) y a todos los servicios involucrados. Si en los últimos tres años no se han detectado brotes, registrar NA.

4.1.e.3 Registrar 1 si en los últimos 12 meses la información de la incidencia por síndromes clínicos y de cada uno de los brotes se ha enviado al nivel central de acuerdo a las normas vigentes (al menos se dispone de la información actualizada al mes anterior de la realización de la visita).

4.2.a Sistema de supervisión En este elemento se revisa la existencia de un sistema para la supervisión programada (no actividades espontáneas) de los procedimientos y prácticas de atención relacionadas con la prevención de las IAAS.

4.2.a.1 Registrar 1 si se documenta que se ha designado profesionales encargados de realizar la supervisión y se han capacitado para aplicar los instrumentos. Estas personas son identificables, pueden ser profesionales de los servicios clínicos, supervisores u otros.

4.2.a.2 Registrar 1 si:

- está definido el proceso de recolección de datos (pautas de supervisión directa por observación o indirecta por gasto o consumo en insumos específicos u otras) para evaluar cumplimiento de prácticas, lugar donde se evaluará número de observaciones necesarias y periodicidad y
- siempre se incluyen todas las UPC, entre otros servicios clínicos, como servicio a ser supervisado y
- la periodicidad de la evaluación de las precauciones estándares se realiza en períodos más frecuentes que una evaluación cada dos años en cada uno de los servicios clínicos a excepción de la UPC, en donde debe ser anual.

De no cumplirse con alguno de estos tres requisitos se registrará “0” y se documentará en observaciones el motivo de no cumplimiento.

4.2.b Verificar que se haya evaluado el cumplimiento de prácticas con la aplicación de instrumentos para su supervisión. Se considera que se ha evaluado el cumplimiento si existe evidencia que (a) se han aplicado pautas de supervisión u otra forma de medir y (b) existen datos escritos (número de observaciones, porcentaje de cumplimiento, tasa, otro) con los resultados de las observaciones sobre la práctica, los cuales deben ser consistentes con la metodología descrita en 4.2.a.2:

4.2.b.1 Precauciones estándares (cada uno de los siguientes debe haber sido medido de acuerdo al programa del hospital establecido en 4.2.a.2):

4.2.b.1.a Registrar 1 si se ha evaluado cumplimiento de higiene de manos.

4.2.b.1.b Registrar 1 si se ha evaluado cumplimiento de aislamiento de pacientes.

4.2.b.1.c Registrar 1 si se ha evaluado cumplimiento de prevención de accidentes cortopunzantes.

4.2.b.1.d Registrar 1 si se ha evaluado cumplimiento de uso de equipo de protección personal (EPP).

4.2.b.1.e Registrar 1 si se ha evaluado cumplimiento de uso de antisépticos y desinfectantes.

4.2.b.2 No se llena directamente y se utiliza la tabla complementaria denominada “EVIDENCIA DE SUPERVISIÓN LOCAL DE PRÁCTICAS ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS”. Registrar 1 si hay evidencia (pautas aplicadas, datos analizados, informe) que se ha evaluado en los últimos dos años alguna vez cada una de las prácticas listadas.

4.2.b.2 evidencia de supervisión local de prácticas asociadas a procedimientos
a. Indicación y retiro de catéter vascular central ¹
b. Instalación de catéter vascular central
c. Mantenión de catéter vascular central
d. Indicación y retiro de catéter urinario permanente ¹
e. Instalación de catéter urinario permanente
f. Mantenión de catéter urinario permanente
g. Indicación de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica ¹
h. Instalación de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica
i. Mantenión de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica
j. Indicación de profilaxis antibiótica en cirugía ¹
k. Técnica aséptica en la atención del parto

4.2.b.3 Verificar que se ha supervisado la esterilización y desinfección de elementos clínicos con pautas de observación u otro método:

4.2.b.3.a Registrar 1 si hay evidencia que el proceso de esterilización ha sido supervisado anualmente. Esto incluye todos los siguientes procesos: lavado del material a esterilizar; procedimientos para la preparación del material; métodos de esterilización en uso, tiempo de exposición la método, controles usados y almacenamiento. Si algún proceso de lavado es realizado fuera de la central, se documentará que la supervisión es realizada por personal de la central de esterilización.

¹ Se refiere a quién puede indicar el procedimiento y qué criterios clínicos o condiciones deben cumplirse para que la indicación sea adecuada. Lo mismo debe considerarse en la indicación de suspensión y/o retiro.

4.2.b.3.b Registrar 1 si hay evidencia que el proceso de desinfección de alto nivel (DAN) ha sido supervisado anualmente. Esto incluye el lavado del material; procedimiento de exposición al agente desinfectante que incluye tipo de desinfectante y tiempo de exposición; enjuague; procedimientos para secado de equipos y almacenamiento.

4.2.c Registrar 1 si la información obtenida de las supervisiones (**4.2.c.1**) se resume en informes escritos con análisis de los resultados al menos una vez al año y (**4.2.c.2**) hay difusión como mínimo a nivel de dirección del establecimiento, jefaturas de servicios y unidades clínicas y de apoyo clínico, coordinación de enfermería.

5. Ámbito Microbiología

La intención de este ámbito es evaluar que el laboratorio de microbiología apoya al PCI de manera apropiada para las necesidades de información epidemiológica requeridas. La información solicitada se verificará en la oficina del PCI o en el Laboratorio de Microbiología.

5.1 Verificar la existencia de normas en documentos oficiales elaboradas por el laboratorio de microbiología que incluyan:

5.1.a Registrar 1 en cada una de las líneas correspondientes si existen directrices sobre técnicas estandarizadas para la realización de los siguientes estudios:

5.1.a.1 hemocultivos

5.1.a.2 urocultivos

5.1.a.3 cultivo de secreciones

5.1.a.4 anaerobios

5.1.a.5 diagnóstico viral

5.1.a.6 diagnóstico de patógenos específicos tales como *C. difficile* y otros

5.1.a.7 resistencia a los antimicrobianos (listado de antimicrobianos a usar de acuerdo al agente, método y procedimientos a usar)

Si el establecimiento evaluado no realiza algunas de estas técnicas porque no está establecido que deba hacerlas, debe tener consignado en un documento oficial el o los lugares hacia donde se derivan las muestras. De contarse con este documento oficial se debe registrar NA en el elemento a evaluar, en caso contrario registrar "0".

5.1.b Procedimientos para la toma y envío de muestras biológicas:

5.1.b.1 Registrar 1 si existen directrices sobre toma y envío de muestras para hemocultivos

5.1.b.2 Registrar 1 si existen directrices sobre toma y envío de muestras para urocultivos

5.1.b.3 Registrar 1 si existen directrices sobre toma y envío de muestras para secreciones

5.1.b.4 Registrar 1 si existen directrices sobre toma y envío de muestras para anaerobios

5.1.b.5 Registrar 1 si existen directrices sobre toma y envío de muestras para virus

Esta normativa debe existir en todos los hospitales con laboratorios que realicen estos estudios y en los que deriven sus muestras a otros centros.

5.1.c Directrices sobre los registros mínimos para las muestras microbiológicas que debe incluir al menos:

5.1.c.1 Registrar 1 si está estandarizada la identificación del paciente

5.1.c.2 Registrar 1 si está estandarizado el registro de tipo de muestra

5.1.c.3 Registrar 1 si está estandarizado la forma de informe del resultado

5.1.c.4 Registrar 1 si está estandarizada la fecha de obtención de la muestra

5.1.d Programa de control de calidad de laboratorio, interno y externo (PEEC u otro)

5.1.d.1. Registrar 1 si hay una norma o procedimientos para los controles de calidad internos (existencia de una norma local de controles internos) para identificación de agente y estudio de susceptibilidad.

5.1.d.2. Registrar 1 si el laboratorio se ha adscrito y cumple con el Programa de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC) del ISP u otro sistema de evaluación externa para la identificación bacteriológica y susceptibilidad a los antimicrobianos. De haberse recibido resultados no satisfactorio o en incumplimiento, debe documentarse un plan de intervención.

5.1.e Aspectos de bioseguridad.

Registrar 1 si existen directrices locales sobre bioseguridad en el laboratorio de microbiología: al menos debe contemplar qué hacer frente derrames, destrucción de placas, condiciones de traslado de muestras a ISP.

5.2 Supervisión de toma y envío de muestras microbiológicas: Registrar 1 si existe un programa de supervisión periódica con observación directa de la toma y envío de muestras microbiológicas, realizado en los servicios clínicos observando el momento de tomar el examen y conservación de la muestra para su envío al laboratorio, al menos para:

5.2.a hemocultivos

5.2.b urocultivos

El programa contiene pautas de supervisión u otra herramienta, registros y análisis de resultados de las observaciones. Si existe un programa de supervisión para los elementos solicitados pero no hay evidencia de su cumplimiento con informe de respaldo, se considerará como “No cumplido” y se registrará 0 consignando este hecho.

5.3 Registrar 1 si existen informes microbiológicos anuales que incluyan:

5.3.a Listado y frecuencia de los agentes etiológicos de las IAAS, según tipo de muestra y servicios de donde provienen, que incluya como mínimo:

Servicios	Tipo de muestra
UCI adultos	hemocultivos
UCI pediatría	urocultivos
UCI neonatología	secreciones respiratorias
Medicina	urocultivos
Cirugía	hemocultivos
Pediatría	hemocultivos

5.3.b Registrar 1 si existen informes de los patrones de susceptibilidad a antimicrobianos de patógenos de importancia que incluya al menos los definidos por el Ministerio de Salud¹

¹ Hasta 2015: *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus*. Esto podrá tener modificaciones en el futuro.

6. Ámbito Aspectos del ambiente físico

La intención de este ámbito es asegurar que el establecimiento tenga incorporado dentro de sus políticas la participación PCI en las decisiones sobre cualquier situación relacionada con el ambiente y de planta física que incida en la prevención y control de IAAS

6.1. Evaluación de la participación del PCI para cualquier recomendación relacionada con requerimientos ambientales y de la planta física, en concordancia con normativa del Ministerio de Salud, que incluya al menos los siguientes aspectos:

6.1.a Registrar 1 si el PCI ha participado en decisiones sobre provisión de agua potable (referida a la calidad que debe poseer del agua y formas de abastecimiento ante situaciones de emergencia, como catástrofes naturales). Verificar que el PCI tenga un programa de priorización del uso del agua (ej., para beber, diálisis, higiene de manos) ante corte del suministro externo. Si la provisión es distinta a la red de agua potable, el hospital tiene que documentar existencia y cumplimiento de un programa que evalúe la calidad del agua. Este programa sobre la calidad del agua puede ser realizado por instancias locales responsable del ambiente distintas al PCI.

6.1.b Registrar 1 si el PCI ha participado en decisiones sobre instalación, ubicación y habilitación de áreas con equipamiento necesario e insumos para la higiene de manos.

6.1.c Registrar 1 si el PCI ha participado en decisiones sobre almacenamiento de insumos estériles (ubicación y habilitación de espacios con las condiciones requeridas para este tipo de almacenamiento).

6.1.d Registrar 1 si el PCI ha participado en decisiones sobre las condiciones para atender pacientes durante construcciones y remodelaciones en el establecimiento entendidas como cualquier modificación estructural en el establecimiento, que implique riesgos para los pacientes de adquirir infecciones, entre otras: las que aumentan el polvo ambiental.

6.1.e Registrar 1 si el PCI ha participado en decisiones sobre manejo de residuos hospitalarios en el ambiente clínico (incluye manejo de fluidos corporales, restos biológicos, material cortopunzante y cultivos microbiológicos desde su lugar de generación en el establecimiento, trasladado dentro del mismo hasta lugar de acopio).

6.2 Verificar la supervisión del PCI del cumplimiento de medidas preventivas recomendadas como intervenciones sobre aspectos ambientales y de planta física en los últimos tres años, en concordancia con normativa del Ministerio de Salud, incluyendo al menos:

6.2.a Registrar 1 si el PCI ha supervisado el cumplimiento de indicaciones sobre manejo de aire en áreas de aislamiento respiratorio de enfermedades transmitidas por vía aérea, verificando la existencia de un sistema de extracción de aire hacia el exterior con número de recambios de aire conocido.

6.2.b Registrar 1 si el PCI ha supervisado el cumplimiento de indicaciones sobre separación de áreas y pacientes en hemodiálisis, incluida la existencia de área separada para diálisis de pacientes portadores o infectados con virus de la hepatitis B.

6.3.c Registrar 1 si el PCI ha supervisado el cumplimiento de indicaciones sobre habilitación de salas de aislamiento incluida la existencia de salas con baño propio y área de higiene de manos en su interior.

6.2.d Registrar 1 si el PCI ha supervisado el cumplimiento de las medidas preventivas indicadas para construcciones y remodelaciones dentro del establecimiento o áreas externas cercanas¹.

¹ Normas para la prevención de infecciones asociadas a modificaciones estructurales y otras actividades que generan polvo ambiental en establecimientos hospitalarios. Circular 07. mayo 2011. MINSAL

La participación y supervisión del PCI puede estar documentada a través de actas de reuniones, recomendaciones escritas, correos electrónicos con información pertinente, pautas de supervisión aplicadas u otros que permitan al evaluador tener certeza de su cumplimiento.

7. Ámbito Monitorización y evaluación de PCI

La intención de este ámbito es evaluar que el PCI del establecimiento ha monitorizado y evaluado el cumplimiento de las metas programadas, el desarrollo de las actividades de prevención y control y ha identificado aspectos que requieren mejoría. Para verificar su cumplimiento, se revisarán informes elaborados cada año para el período en evaluación con los resultados de las actividades, de acuerdo al programa anual del establecimiento (característica 1.1), que debe contener:

7.1.a diagnóstico de situación que tiene que contener:

Registrar 1 si el diagnóstico contiene todos los siguientes (a, b y c):

a. Información de todas las infecciones en vigilancia con sus tendencias, tasa acumulada del último año completado comparada con los indicadores nacionales de referencia cuando exista y su etiología (porcentajes de los agentes etiológicos).

b. informe sobre brotes de infecciones, con datos de agente, fecha de inicio y término, número de casos y expuestos, servicios afectados y curva epidémica. Para cada brote debe existir un análisis de sus causas, las intervenciones realizadas y evaluación de su impacto.

c. informe de resistencia antimicrobiana en agentes aislados de IAAS, con detalle del agente, antimicrobiano y porcentaje de cepas resistentes.

7.1.b Registrar 1 si hay informes con las medidas de control adoptadas para los problemas identificados (programas de supervisión de prácticas u otras medidas de intervención), con datos sobre el grado de cumplimiento y conclusión de lo observado. Al menos debe existir evaluación de las intervenciones para cada tipo de IAAS que tiene tasas mayores al del indicador de referencia nacional.

7.1.c Registrar 1 si hay informes sobre cumplimiento de actividades establecidas para cada año como objetivos programáticos locales (1.1.d). Debe especificar cuántas de las actividades programadas se realizaron (incluye la evaluación de la cobertura de las actividades de capacitación programadas, actualización o incorporación de normativa y otros).

7.1.d Registrar 1 si hay análisis del impacto de las intervenciones realizadas en los procesos (nivel de cumplimiento en prácticas de atención) o en los resultados (variación en las tasas de infecciones). No requiere documentar mejoría de los procesos o tasas, sino que el PCI conozca si hubo o no modificaciones como resultado de la intervención.

7.1.e Este casillero no se llena directamente. Se hace el registro en la tabla complementaria CUMPLIMIENTO DE PRÁCTICAS SEGÚN OBSERVACIÓN que se completa por verificación que las prácticas para la prevención y control de infecciones se cumplen mediante observación directa en los servicios clínicos por parte del evaluador. Cada práctica incluye procedimientos y condiciones que el evaluador debe observar que se cumplan, de acuerdo al siguiente listado:

Práctica	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas las condiciones:
Higiene de manos	1. existe lavamanos con agua de temperatura regulable
	2. disponibilidad de jabón y toalla desechable
	3. dispositivo con solución alcohólica próximo al sitio de atención del paciente (fijo junto a la cama de los pacientes, en los bolsillos del personal de salud, en los carros de curación o procedimiento u otras).
	4. las instalaciones y condiciones para la higiene de manos existen en cada sala donde se atienden pacientes
Aislamiento de pacientes	1. pieza individual o posibilidad y procedimientos para habilitarla
	2. baño exclusivo para la pieza
	3. instalaciones para la higiene de manos dentro de la sala
	4. si se hospitalizan pacientes con tuberculosis, varicela u otra infección de transmisión aérea, la sala tiene sistema de ventilación forzada (ya sea mediante sistema de ventilación natural que asegure recambios de aire suficiente hacia el exterior) o un procedimiento para instalarlo cuando sea necesario.
Prevención de accidentes cortopunzantes	1. acceso a recipiente para desechos cortopunzantes en el lugar de procedimientos (sala de pacientes o en el carro habilitado para este fin)
	2. los envases son impermeables resistentes a las punciones
	3. los envases se encuentran llenos bajo el nivel superior (3/4 de su capacidad) y no protruyen agujas ni otro artículo
Uso de equipo de barrera y protección personal	1. disponibilidad y uso en áreas que requieren de su uso (aislamiento, servicios en donde se realicen procedimientos invasivos u otro)
	2. en áreas de pacientes con TBC, uso de mascarilla de alta eficiencia (N95 u otra equivalente)
	3. uso de mascarilla, guantes o antiparras
Mantenimiento de catéter vascular central y periférico	1. colocación de fecha de instalación en cada sitio de inserción
	2. sitio de inserción cubierto con material estéril
	3. vías periféricas: retiro antes de 72 horas (adultos).
Mantenimiento de catéter urinario	1. catéter sin acodamientos
	2. catéter sin filtraciones
	3. bolsa recolectora bajo nivel de la vejiga con fijación de catéter
	4. vaciamiento de bolsa recolectora con técnica aséptica, al menos uso de guantes individuales para cada procedimiento
Mantenimiento de tubo endotraqueal en ventilación mecánica	1. aspiración con técnica aséptica y guantes estériles en ambas manos
	2. aspiración de tubo con ayudante
	3. sonda de aspiración estéril
Profilaxis antibiótica en cirugía	1. antibioprofilaxis en todo paciente operado definido de acuerdo a riesgo local
	2. primera dosis no supera 120 minutos antes de la cirugía
Preparación pre quirúrgica de la piel	1. lavado de zona operatoria
	2. eliminación del vello en forma no invasiva y en ningún caso se rasura la zona quirúrgica para eliminar el vello
Proceso de esterilización	1. esterilización centralizada (revisar) preguntar por DAN.
	2. definición de métodos de esterilización y sus controles
	3. empaque indemne y materiales con fecha de vigencia de condición estéril dentro de los plazos definidos por la institución.
	4. no se utilizan métodos de procesamiento de material diferente a los métodos de esterilización autorizados a nivel nacional ¹

¹ procesamiento con amonios cuaternarios, con pastillas de formalina, ampollas de óxido de etileno en bolsas plásticas, esterilización flash como forma rutinaria para esterilizar material y uso de agentes químicos por inmersión como esterilizantes, entre otros. Incluye proceso de eliminación de microorganismos inapropiado para el uso que tendrá el material (ver Clasificación de Spaulding).

Proceso de desinfección de alto nivel	1. uso de desinfectantes de acuerdo a norma nacional (identificar)
	2. tiempo de exposición según desinfectante en uso
	3. registro de los tiempos en cada proceso (cronometrable, hora inicio y término)

8. Ámbito Vínculos con salud pública y otros sectores

La intención de este ámbito es evaluar la existencia de vías de comunicación expeditas ante cualquier situación con relación a IAAS que deba ser conocida por autoridades de salud o sectores comunitarios o ante situaciones de la comunidad que puedan incidir en aparición de IAAS. Se verificará la existencia de un sistema de comunicación con otras organizaciones que debe incluir nombre de la organización, la persona responsable de recibir la información y la forma de comunicación establecida. Estarán definidas las situaciones ante las cuales se deberá establecer los contactos.

Registrar 1 en la línea correspondiente si se ha identificado la persona con nombre, teléfono y correo electrónico y la forma de comunicarse con:

8.1.a los encargados de IAAS de otros establecimientos de su región y de los establecimientos hacia donde derive o desde donde reciba pacientes aunque se encuentren fuera de la región, incluidos los centros de diálisis.

8.1.b responsable de IAAS en el Servicio de Salud

8.1.c encargados de epidemiología de la red regional (SEREMI de Salud)

8.1.d encargado de farmacia del Servicio de Salud

8.1.e laboratorio de referencia ya sea del hospital de referencia regional o del Instituto de Salud Pública

8.1.f mutualidades o establecimientos donde se deriven funcionarios por accidentes laborales relacionados con exposición a agentes infecciosos.

8.1.g Programa Nacional de IAAS (Ministerio de Salud)

Aunque no se evalúe, recordar en este punto educar el significado y utilidad de los flujos de comunicación:

- Identificación de agentes con resistencias no descritas → contactar ISP y MINSAL
- Contaminación de insumos, fármacos → contactar ISP y MINSAL
- Traslado de paciente con requerimiento de aislamiento → red local
- Brote de Enfermedad de Transmisión Alimentaria o brote en personal de salud → SEREMI local.

ANEXOS

A continuación se presentan ejemplos y herramientas que pueden ser utilizadas para facilitar el trabajo en terreno por el personal que realizará la evaluación. Estos instrumentos son sólo referenciales, y su uso no constituye una obligación para validar el proceso.

I. Ejemplos de Pautas de Cotejo

a. Contenidos mínimos de capacitaciones formales de Equipo IAAS

La capacitación en estas materias puede ser toda en una sola actividad o curso, no es necesario que existan actividades educativas separadas o independientes de cada tema. Paralelamente, de existir más de un médico o enfermera en el PCI, los contenidos de capacitación antes requeridos podrán complementarse entre ellos. Para dar por reconocido los contenidos de una capacitación se debe presentar (a) certificado de capacitación y (b) contenidos de capacitación del o los distintos programas cursados.

	Contenidos Mínimos	Programa 1	Programa 2	Programa 3	Programa 4	Programa 5	Programa 6
Médicos (todos los del PCI)	Principios generales de prevención y control de IAAS						
	Epidemiología básica						
	Vigilancia de IAAS						
	Manejo de brotes						
Enfermeras (todas las del PCI)	Principios generales de prevención y control de IAAS						
	Epidemiología básica						
	Vigilancia de IAAS						
	Supervisión de prácticas de atención						

b. Evaluación de Directrices Técnicas

Asignar 1a la directriz si cumple con (1) todos los requisitos y (2) todos los contenidos mínimos.

i. Precauciones Estándares

Directriz Técnica precauciones estándares (1)		Higiene de manos
Requisitos Mínimos	Título	
	Propósitos u Objetivos	
	Responsables de su Ejecución	
	Descripción del procedimiento o instrucciones	
	Fechas Inicio Vigencia	
	Fecha Última Revisión	
Contenidos Mínimos	Situaciones en que debe realizarse	
	Técnica a utilizar de acuerdo a la atención a realizar	
	Productos a utilizar (agua y jabón, soluciones de alcohol, etc.)	
Cumple todo		

Directriz Técnica precauciones estándares (2)		Esterilización y desinfección de materiales
Requisitos Mínimos	Título	
	Propósitos u Objetivos	
	Responsables de su Ejecución	
	Descripción del procedimiento o instrucciones	
	Fechas Inicio Vigencia	
	Fecha Última Revisión	
Contenidos Mínimos	Firma Autoridad que Oficializa	
	Totalidad de los procesos centralizados	
	Métodos de esterilización a utilizar en el establecimiento	
	Método de esterilización a emplear según material	
	Procedimiento a cumplir para cada método (por ejemplo: tiempo de exposición al agente esterilizante, temperatura, presión, concentración del producto, etc.)	
Controles de calidad del proceso		
Cumple todo		

Directriz Técnica precauciones estándares (3)		Prevención y manejo de exposición a cortopunzantes
Requisitos Mínimos	Título	
	Propósitos u Objetivos	
	Responsables de su Ejecución	
	Descripción del procedimiento o instrucciones	
	Fechas Inicio Vigencia	
	Fecha Última Revisión	
Contenidos Mínimos	Firma Autoridad que Oficializa	
	Tipo de accidentes se hace referencia	
	Manipulación segura y desecho de material cortopunzante que tiene fluidos de alto riesgo	
	A quién notificar una exposición	
Responsable y tipo del manejo clínico específico según tipo de accidente y circunstancia		
Cumple todo		

ii. Precauciones de aislamiento para patologías infecciosas de importancia

Directriz Técnica precauciones de aislamiento (1)		Ubicación del paciente
Requisitos Mínimos	Título	
	Propósitos u Objetivos	
	Responsables de su Ejecución	
	Descripción del procedimiento o instrucciones	
	Fechas Inicio Vigencia	
	Fecha Última Revisión	
Contenidos Mínimos	Firma Autoridad que Oficializa	
	Condiciones que requieren habitación individual	
	Condiciones necesarias para la separación si se ubica en sala compartida	
Posibilidad o no de hacer aislamiento en cohorte		
Cumple todo		

Directriz Técnica precauciones de aislamiento (2)		Uso de equipo de protección personal (EPP)
Requisitos Mínimos	Título	
	Propósitos u Objetivos	
	Responsables de su Ejecución	
	Descripción del procedimiento o instrucciones	
	Fechas Inicio Vigencia	
	Fecha Última Revisión	
Contenidos Mínimos	Firma Autoridad que Oficializa	
	Tipo de protección según tipo de atención y paciente	
Momento en que debe colocarse EPP (al ingreso a la sala, al acercarse al paciente, al realizar un procedimiento, etc.)		
Cumple todo		

iii. Prevención de infecciones específicas

Directrices técnicas procedimientos invasivos (1)		Instalación y mantenimiento de sistemas conectados a Sistema Nervioso Central	Instalación y mantenimiento Ventilación Mecánica
Requisitos Mínimos	Título		
	Propósitos u Objetivos		
	Responsables de su Ejecución		
	Descripción del procedimiento o instrucciones		
	Fechas Inicio Vigencia		
	Fecha Última Revisión		
Contenidos Mínimos	Firma Autoridad que Oficializa		
	Indicación Inst. (quién y por qué)		
	Técnica instalación		
	Profesionales habilitados para realizar procedimientos		
	Medidas para mantenimiento		
Criterio a cumplir y responsable de indicación del retiro.			
Cumple todo			

Directrices técnicas procedimientos invasivos (2)		Instalación y mantención de catéteres vasculares centrales	Instalación y mantención de catéteres urinarios	Instalación y mantención de catéteres vasculares periféricos
Requisitos Mínimos	Título			
	Propósitos u Objetivos			
	Responsables de su Ejecución			
	Descripción del procedimiento o instrucciones			
	Fechas Inicio Vigencia			
	Fecha Última Revisión			
	Firma Autoridad que Oficializa			
Contenidos Mínimos	Indicación Inst. (quién y por qué)			
	Técnica instalación			
	Profesionales habilitados para realizar procedimientos			
	Rotulación de fecha de instalación		NA	
	Medidas para mantención			
Criterio a cumplir y responsable de indicación del retiro.				
Cumple todo				

Directrices técnicas procedimientos invasivos (3)		Seguridad en punciones venosas e inyecciones
Requisitos Mínimos	Título	
	Propósitos u Objetivos	
	Responsables de su Ejecución	
	Descripción del procedimiento o instrucciones	
	Fechas Inicio Vigencia	
	Fecha Última Revisión	
Contenidos Mínimos	Firma Autoridad que Oficializa	
	Uso de material estéril	
	Uso de material desechable	
	Aplicar técnica aséptica	
Medidas de protección personal necesarias		
Cumple todo		

Directrices técnicas procedimientos invasivos (4)		Profilaxis antimicrobiana quirúrgica	Preparación de la piel para cirugía
Requisitos Mínimos	Título		
	Propósitos u Objetivos		
	Responsables de su Ejecución		
	Descripción del procedimiento o instrucciones		
	Fechas Inicio Vigencia		
	Fecha Última Revisión		
Contenidos Mínimos	Firma Autoridad que Oficializa		
	Esquema antibiótico y dosis a usar según cirugía		NA
	Momento de administración inicial con relación al momento de la cirugía		NA
	Responsables de su indicación		
	Método de remoción del vello que no es invasivo	NA	
Lavado y uso de antiséptico en la piel del sitio quirúrgico		NA	
Cumple todo			

iv. Manejo de Residuos

Directriz Técnica		Manejo y desecho de material cortopunzante en sitio de generación y traslado dentro del hospital hasta lugar de acopio
Requisitos Mínimos	Título	
	Propósitos u Objetivos	
	Responsables de su Ejecución	
	Descripción del procedimiento o instrucciones	
	Fechas Inicio Vigencia	
	Fecha Última Revisión	
Contenidos Mínimos	Firma Autoridad que Oficializa	
	Desecho en recipientes impermeables resistentes a las punciones (no de cartón ni otros materiales similares)	
	Recipiente en el sitio de producción del material (por ejemplo: al lado del enfermo)	
	Llenado no supera ¾ partes desde el borde superior y en ningún caso protruyen artículos	
	Personal para el retiro y traslado al sitio de acopio está definido	
Cumple todo		

c. Evaluación de cumplimiento de programas de Supervisión

i. Precauciones Estándares

4.2.b.1 RESULTADOS SUPERVISIÓN PRECAUCIONES ESTÁNDARES			
PRÁCTICAS	UPC	NO UPC	CUMPLE
	Existe evaluación cada 12 meses	Existe evaluación cada 24 meses en cada servicio clínico	Comentario
4.2.b.1.a Higiene de manos*	Sí / No	Sí / No	
4.2.b.1.b Aislamiento de pacientes	Sí / No	Sí / No	
4.2.b.1.c Prevención de accidentes cortopunzantes	Sí / No	Sí / No	
4.2.b.1.d Uso de equipos de protección personal	Sí / No	Sí / No	
4.2.b.1.e Uso de antisépticos y desinfectantes	Sí / No	Sí / No	

ii. Otras Prácticas

4.2.b.2 RESULTADOS SUPERVISIÓN PRÁCTICAS			
PRÁCTICAS	UPC*	NO UPC	CUMPLE
	Existe evaluación cada 24 meses	Existe evaluación cada 24 meses en cada servicio clínico	Comentario
a. Indicación y retiro de catéter vascular central	Sí / No		
b. Instalación de catéter vascular central	Sí / No		
c. Mantenimiento de catéter vascular central	Sí / No		
d. Indicación y retiro de catéter urinario permanente	Sí / No	Sí / No	
e. Instalación de catéter urinario permanente	Sí / No	Sí / No	
f. Mantenimiento de catéter urinario permanente	Sí / No	Sí / No	
g. Indicación de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica	Sí / No		
h. Instalación de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica	Sí / No		
i. Mantenimiento de tubo endotraqueal en pacientes en ventilación mecánica	Sí / No		
j. Indicación de profilaxis antibiótica en cirugía		Sí / No (servicios clínicos quirúrgicos, incluye obstetricia)	
k. Técnica aséptica en la atención del parto		Sí / No (atención obstetricia)	
*Condición especial UPC: Existe supervisión de al menos una de estas prácticas en cada año.	Sí / No		

iii. Esterilización

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	Esterilización
Uso de equipo de protección personal	1. disponibilidad y uso en áreas que requieren de su uso (aislamiento u otro)	N/A
	2. en áreas de pacientes con TBC, uso de mascarilla de alta eficiencia (N95 u otra equivalente)	N/A
	3. uso de mascarilla, guantes o antiparras	
	Cumple	
Proceso de esterilización	1. esterilización centralizada	
	2. definición de métodos de esterilización y sus controles	
	3. materiales con fecha de esterilización dentro de vigencia	
	4. no se utilizan métodos de procesamiento de material diferente a los métodos de esterilización autorizados a nivel nacional	
Cumple		
Proceso de desinfección de alto nivel	1. uso de desinfectantes de acuerdo a norma nacional	
	2. tiempo de exposición según desinfectante en uso	
	3. registro de los tiempos en cada proceso	
	Cumple	

iv. General

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	Hospital
Aislamiento de pacientes	1. pieza individual o posibilidad y procedimientos para habilitarla	
	2. baño exclusivo para la pieza	
	3. instalaciones para la higiene de manos dentro de la sala	
	4. si se hospitalizan pacientes con tuberculosis, varicela u otra infección de transmisión aérea, la sala tiene sistema de ventilación forzada hacia el exterior	
	Cumple	

v. Medicina-Urgencia-Pediatría-Neonatología

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas:	Urgencias adulto	Urgencias pediatría	Urgencias obstétrica	Med.	Ped.	Neo.
Higiene de manos	1. existe lavamanos con agua de temperatura regulable						
	2. disponibilidad de jabón y toalla desechable						
	3. dispositivo con solución alcohólica						
	4. las instalaciones y condiciones para la higiene de manos existen en cada sala donde se atienden pacientes						
	Cumple						
Prevención de accidentes cortopunzantes	1. acceso a recipiente para desechos cortopunzantes en el lugar de procedimientos (sala de pacientes o en el carro habilitado para este fin)						
	2. los envases son impermeables resistentes a las punciones						
	3. los envases se encuentran llenos bajo el nivel superior (3/4 de su capacidad) y no protruyen agujas ni otro artículo						
	Cumple						
Uso de equipo de protección personal	1. disponibilidad y uso en áreas que requieren de su uso (aislamiento u otro)						
	2. en áreas de pacientes con TBC, uso de mascarilla de alta eficiencia (N95 u otra equivalente)						
	3. uso de mascarilla, guantes o antiparras						
	Cumple						
Mantención de catéter vascular central	1. colocación de fecha de instalación en cada sitio de inserción						
	2. sitio de inserción cubierto con material estéril						
	3. vías periféricas: retiro antes de 72 horas.					NA	
	Cumple						
Mantención de catéter vascular periférico	1. colocación de fecha de instalación en cada sitio de inserción						
	2. sitio de inserción cubierto con material estéril						
	3. vías periféricas: retiro antes de 72 horas.						
	Cumple						
Mantención de catéter urinario	1. catéter sin acodamientos						
	2. catéter sin filtraciones						
	3. bolsa recolectora bajo nivel de la vejiga con fijación de catéter						
	4. vaciamiento de bolsa recolectora con técnica aséptica, al menos uso de guantes individuales para cada procedimiento						
	Cumple						

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas:	Urgencias adulto	Urgencias pediatría	Urgencias obstétrica	Med.	Ped.	Neo.
Mantenimiento de TET en ventilación mecánica	1. aspiración con técnica aséptica y guantes estériles en ambas manos						
	2. aspiración de tubo con ayudante						
	3. sonda de aspiración estéril						
	Cumple						
Proceso de esterilización	1. esterilización centralizada						
	3. materiales con fecha de esterilización dentro de vigencia						
	4. no se utilizan métodos de procesamiento de material diferente a los métodos de esterilización autorizados a nivel nacional						
	Cumple						

vi. UPC

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	UCI Neo.	UCI Adulto	UCI Ped.	UTI Neo.	UTI Adulto	UTI Ped.
Higiene de manos	1. existe lavamanos con agua de temperatura regulable						
	2. disponibilidad de jabón y toalla desechable						
	3. dispositivo con solución alcohólica						
	4. las instalaciones y condiciones para la higiene de manos existen en cada sala donde se atienden pacientes						
	Cumple						
Prevención de accidentes cortopunzantes	1. acceso a recipiente para desechos cortopunzantes en el lugar de procedimientos (sala de pacientes o en el carro habilitado para este fin)						
	2. los envases son impermeables resistentes a las punciones						
	3. los envases se encuentran llenos bajo el nivel superior (3/4 de su capacidad) y no protruyen agujas ni otro artículo						
	Cumple						
Uso de equipo de protección personal	1. disponibilidad y uso en áreas que requieren de su uso (aislamiento u otro)						
	2. en áreas de pacientes con TBC, uso de mascarilla de alta eficiencia (N95 u otra equivalente)						
	3. uso de mascarilla, guantes o antiparras						
	Cumple						

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	UCI Neo.	UCI Adulto	UCI Ped.	UTI Neo.	UTI Adulto	UTI Ped.
Mantenión de catéter vascular central	1. colocación de fecha de instalación en cada sitio de inserción						
	2. sitio de inserción cubierto con material estéril						
	3. vías periféricas: retiro antes de 72 horas.						
	Cumple						
Mantenión de catéter vascular periférico	1. colocación de fecha de instalación en cada sitio de inserción						
	2. sitio de inserción cubierto con material estéril						
	3. vías periféricas: retiro antes de 72 horas.						
	Cumple						
Mantenión de catéter urinario	1. catéter sin acodamientos						
	2. catéter sin filtraciones						
	3. bolsa recolectora bajo nivel de la vejiga con fijación de catéter						
	4. vaciamiento de bolsa recolectora con técnica aséptica, al menos uso de guantes individuales para cada procedimiento						
	Cumple						
Mantenión de TET en ventilación mecánica	1. aspiración con técnica aséptica y guantes estériles en ambas manos						
	2. aspiración de tubo con ayudante						
	3. sonda de aspiración estéril						
	Cumple						
Proceso de esterilización	1. esterilización centralizada						
	3. materiales con fecha de esterilización dentro de vigencia						
	4. no se utilizan métodos de procesamiento de material diferente a los métodos de esterilización autorizados a nivel nacional						
	Cumple						

vii. Cirugía Menor-Odontología-Endoscopías

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	Cirugía Menor	Odontología	Endoscopia 1	Endoscopia 2	Endoscopia 3
Higiene de manos	1. existe lavamanos con agua de temperatura regulable					
	2. disponibilidad de jabón y toalla desechable					
	3. dispositivo con solución alcohólica					
	4. las instalaciones y condiciones para la higiene de manos existen en cada sala donde se atienden pacientes					
	Cumple					
Prevención de accidentes cortopunzantes	1. acceso a recipiente para desechos cortopunzantes en el lugar de procedimientos (sala de pacientes o en el carro habilitado para este fin)					
	2. los envases son impermeables resistentes a las punciones					
	3. los envases se encuentran llenos bajo el nivel superior (3/4 de su capacidad) y no protruyen agujas ni otro artículo					
	Cumple					
Uso de equipo de protección personal	1. disponibilidad y uso en áreas que requieren de su uso (aislamiento u otro)					
	2. en áreas de pacientes con TBC, uso de mascarilla de alta eficiencia (N95 u otra equivalente)					
	3. uso de mascarilla, guantes o antiparras					
	Cumple					
Proceso de esterilización	1. esterilización centralizada					
	3. materiales con fecha de esterilización dentro de vigencia					
	4. no se utilizan métodos de procesamiento de material diferente a los métodos de esterilización autorizados a nivel nacional					
	Cumple					

viii. Servicios Quirúrgicos y Pabellones

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	Gine-Obst.	Servicio Quirúrg. 1	Servicio Quirúrg. 2	Servicio Quirúrg. Infantil 1	Servicio Quirúrg. Infantil 2	Servicio Quirúrg. Infantil 3
Higiene de manos	1. existe lavamanos con agua de temperatura regulable						
	2. disponibilidad de jabón y toalla desechable						
	3. dispositivo con solución alcohólica						
	4. las instalaciones y condiciones para la higiene de manos existen en cada sala donde se atienden pacientes						
	Cumple						
Prevención de accidentes cortopunzantes	1. acceso a recipiente para desechos cortopunzantes en el lugar de procedimientos (sala de pacientes o en el carro habilitado para este fin)						
	2. los envases son impermeables resistentes a las punciones						
	3. los envases se encuentran llenos bajo el nivel superior (3/4 de su capacidad) y no protruyen agujas ni otro artículo						
	Cumple						
Uso de equipo de protección personal	1. disponibilidad y uso en áreas que requieren de su uso (aislamiento u otro)						
	2. en áreas de pacientes con TBC, uso de mascarilla de alta eficiencia (N95 u otra equivalente)						
	3. uso de mascarilla, guantes o antiparras						
	Cumple						
Mantenimiento de catéter vascular periférico	1. colocación de fecha de instalación en cada sitio de inserción						
	2. sitio de inserción cubierto con material estéril						
	3. vías periféricas: retiro antes de 72 horas.						
	Cumple						
Mantenimiento de catéter urinario	1. catéter sin acodamientos						
	2. catéter sin filtraciones						
	3. bolsa recolectora bajo nivel de la vejiga con fijación de catéter						
	4. vaciamiento de bolsa recolectora con técnica aséptica, al menos uso de guantes individuales para cada procedimiento						
	Cumple						

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	Gine-Obst.	Servicio Quirúrg. 1	Servicio Quirúrg. 2	Servicio Quirúrg. Infantil 1	Servicio Quirúrg. Infantil 2	Servicio Quirúrg. Infantil 3
Profilaxis antibiótica en cirugía	1. antibioprofilaxis en todo paciente operado definido de acuerdo a riesgo local						
	2. primera dosis no supera 30 minutos antes de la cirugía						
	Cumple						
Preparación pre quirúrgica de la piel	1. lavado de zona operatoria						
	2. eliminación del vello en forma no invasiva y en ningún caso se rasura la zona quirúrgica para eliminar el vello						
	Cumple						
Proceso de esterilización	1. esterilización centralizada						
	3. materiales con fecha de esterilización dentro de vigencia						
	4. no se utilizan métodos de procesamiento de material diferente a los métodos de esterilización autorizados a nivel nacional						
	Cumple						

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	Pabellón Cirugía 1	Pabellón Cirugía 2	Pabellón Cirugía 3	Pabellón CMA
Higiene de manos	1. existe lavamanos con agua de temperatura regulable				
	2. disponibilidad de jabón y toalla desechable				
	3. dispositivo con solución alcohólica				
	4. las instalaciones y condiciones para la higiene de manos existen en cada sala donde se atienden pacientes				
	Cumple				
Prevención de accidentes cortopunzantes	1. acceso a recipiente para desechos cortopunzantes en el lugar de procedimientos (sala de pacientes o en el carro habilitado para este fin)				
	2. los envases son impermeables resistentes a las punciones				
	3. los envases se encuentran llenos bajo el nivel superior (3/4 de su capacidad) y no protruyen agujas ni otro artículo				
	Cumple				
Uso de equipo de protección personal	1. disponibilidad y uso en áreas que requieren de su uso (aislamiento u otro)				
	2. en áreas de pacientes con TBC, uso de mascarilla de alta eficiencia (N95 u otra equivalente)				
	3. uso de mascarilla, guantes o antiparras				
	Cumple				

Prácticas	Registrar 1 en la línea de la práctica si se cumplen todas	Pabellón Cirugía 1	Pabellón Cirugía 2	Pabellón Cirugía 3	Pabellón CMA
Mantenión de catéter vascular periférico	1. colocación de fecha de instalación en cada sitio de inserción				
	2. sitio de inserción cubierto con material estéril				
	3. vías periféricas: retiro antes de 72 horas.				
	Cumple				
Mantenión de catéter urinario	1. catéter sin acodamientos				
	2. catéter sin filtraciones				
	3. bolsa recolectora bajo nivel de la vejiga con fijación de catéter				
	4. vaciamiento de bolsa recolectora con técnica aséptica, al menos uso de guantes individuales para cada procedimiento				
	Cumple				
Profilaxis antibiótica en cirugía	1. antibioprofilaxis en todo paciente operado definido de acuerdo a riesgo local				
	2. primera dosis no supera 30 minutos antes de la cirugía				
	Cumple				
Preparación pre quirúrgica de la piel	1. lavado de zona operatoria				
	2. eliminación del vello en forma no invasiva y en ningún caso se rasura la zona quirúrgica para eliminar el vello				
	Cumple				
Proceso de esterilización	1. esterilización centralizada				
	3. materiales con fecha de esterilización dentro de vigencia				
	4. no se utilizan métodos de procesamiento de material diferente a los métodos de esterilización autorizados a nivel nacional				
	Cumple				