

DOCUMENTO DE CONSENSO INTERINSTITUCIONAL

Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina

Instituto Nacional de Epidemiología (INE-ANLIS)

Sociedad Argentina de Infectología (SADI)

Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI)

Agosto 2014

Contenido

Introducción.....	4
Consideraciones generales	6
Descripción del instrumento	9
Glosario	9
Instrucciones para el uso de este instrumento.....	13
1. Instrucciones generales.....	13
2. Instrucciones y recomendaciones para la revisión de documentos	13
3. Instrucciones y recomendaciones para las observaciones directas.....	13
4. Nivel de cumplimiento de los indicadores.....	14
5. Verificadores sugeridos	14
Descripción de la estrategia para la implementación de un Sistema de Autoevaluación.....	16
1. Definición.....	16
2. Pautas de implementación	16
3. Criterio de inclusión	18
4. Planificación	19
5. Instrumentos de soporte y recursos necesarios	20
6. Informes.....	21
Referencias:.....	22
ANEXO I.....	23
INSTRUMENTO PARA LA AUTOEVALUACIÓN	23
Formulario para el registro de las características de la institución	23
Planilla para el registro de la autoevaluación	26
1. Liderazgo y coordinación del Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)	26
2. Recursos asignados para el Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)	31
3. Sistema de vigilancia.....	33
4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.....	37
5. Esterilización y Desinfección de Alto Nivel	46
6. Microbiología	49
7. Ambiente hospitalario y saneamiento ambiental.....	51
8. Salud del personal.....	56
9. Capacitación al personal y educación a pacientes y familiares	58

ANEXO II.....	60
Estimación del puntaje individual de los indicadores de una sección	60
ANEXO III.....	61
Detalle de la autoevaluación institucional	61
Ejemplo de una planilla de resultados completada para una sección particular	61
Tabla de resultados	62
Puntaje teórico de un centro terciario con actividad docente en comparación con centros de iguales características	62
Gráfico de radar	63

Staff

Directores

Dra. Leticia Miller (INE-ANLIS)

Dr. Gustavo Lopardo (SADI)

Lic. Silvia Margalejo Raffín (ADECI)

Coordinadores Generales

Dr. Rodolfo Quirós

Mg. Lic. Norma Peralta

Redactores del Documento de Consenso

Dra. Liliana Clara (Coordinador)

Dra. Wanda Cornistein (Coordinador)

Dr. Rodolfo Quirós (Coordinador)

Lic. Silvia Margalejo Raffín (Coordinador)

Mg. Lic. Norma Peralta (Coordinador)

Lic. Elena Andión

PU Diego Arcidiácono

Lic. María de los Ángeles Cabral

Dr. Gonzalo Corral

Dra. Lucía Daciuk

Ing. Carolina Díaz

Ing. Laura Fernandez

Ing. Roberto Giordano Lerena

Dr. Jaime Lazovski

Dr. Gustavo Martínez

Compiladores y Revisores del Documento de Consenso

Dr. Rodolfo Quirós

Ing. Roberto Giordano Lerena

Introducción

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) continúan representando un grave problema sanitario debido al impacto asistencial, económico y social que generan, representando uno de los principales eventos adversos, vinculados con la seguridad del paciente, en el marco del proceso de atención médica.

Actualmente, se estima que más de 100 millones de personas en el mundo adquieren al menos una IACS por año y que más de 20 millones fallecerán a causa de ellas ⁽¹⁾. En los países desarrollados entre el 5% y 10% de los pacientes egresados de centros de internación de agudos adquieren uno o más episodios de IACS ⁽¹⁾.

Debido a que sólo el 15,6% de los países en vías de desarrollo cuenta con sistemas de vigilancia a nivel nacional o regional, resulta difícil poder estimar las tasas de IACS en estos países. Basados en los pocos estudios disponibles se calcula que la cifra es 2 a 20 veces más elevada que en los países desarrollados ⁽²⁾.

El Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de la República Argentina (VIHDA) ha elaborado desde el año 2005 reportes semestrales vinculados a la vigilancia de las infecciones asociadas a dispositivos en un Unidades de Cuidados Intensivos, como así también a las infecciones de sitio quirúrgico. Más recientemente, se han incorporado estudios de prevalencia en áreas no críticas ^(3, 4).

En nuestro país se estima que, en promedio las IACS, incrementan los días de internación en 6,4 días, con una mortalidad atribuible del 11,5% y un costo aproximado de \$12.300 por evento (valores 2012) ⁽⁵⁾. Esto representa a nivel nacional 1.600.000 días extras de internación, 29.000 muertes atribuibles y un costo aproximado de \$3.200 millones de pesos por año ⁽⁵⁾.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EEUU condujo en la década del 70 un estudio (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control Project: SENIC) para determinar en qué medida habían sido adoptados los programas de vigilancia y control de infecciones en el ámbito hospitalario y cuanto había sido su impacto en términos de reducción de las tasas de IACS ⁽⁶⁻⁸⁾. El estudio SENIC permitió demostrar que los hospitales con un enfermero especialista en control de infecciones cada 250 camas, un infectólogo o epidemiólogo entrenado en epidemiología hospitalaria, un sistema de vigilancia activa y la implementación de medidas concretas para el control de infecciones (ej. higiene de manos, profilaxis quirúrgica y devolución de la tasa de infección de sitio quirúrgico a los cirujanos participantes) podían reducir sus tasas de IACS en aproximadamente un 32%.

La implementación efectiva de Programas de Prevención y Control de las IACS ha logrado reducir en nuestro país la tasa de infecciones asociadas a dispositivos en al menos un 24% en las Unidades de Cuidados Intensivos ⁽⁹⁻¹²⁾.

En este sentido estos programas deben ser evaluados periódicamente, por las propias instituciones o bien externamente ⁽¹³⁻¹⁵⁾. El procedimiento de evaluación es una instancia destinada a medir el grado de cumplimiento del propósito, objetivos y actividades del Programa de Prevención, Vigilancia y Control de IACS y de las buenas prácticas en atención de la salud en la institución. La autoevaluación de estos programas podría ser el primer paso para su fortalecimiento y mejora continua.

Para esto, es necesario contar con un instrumento apropiado que oriente y soporte el proceso de autoevaluación. A su vez, es necesario definir estrategias generales de abordaje de tales procesos a efectos de facilitar su implementación y garantizar la comparabilidad y evolución de sus resultados.

Consideraciones generales

Propósito del documento

El propósito de este documento de consenso interinstitucional es proveer las bases para el Desarrollo de un Sistema de Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina.

En este sentido se han definido dos áreas a cubrir. A saber:

- 1- Desarrollo de un Instrumento para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en instituciones de salud
- 2- Diseño de una estrategia para implementar un Sistema de Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en instituciones de salud

Por su naturaleza, este documento debe ser considerado como apoyo para la autoevaluación del nivel de desarrollo del Programa para la Prevención y Control de Infecciones de una institución y no como un sistema de acreditación. Asimismo, el documento no pretende evaluar otros aspectos relacionados con la atención, distintos a la prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Un aspecto adicional de este documento es que el mismo podría ser considerado como una guía sobre los componentes, características e indicadores que una institución debería tener para una efectiva Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud. Por lo tanto un programa efectivo, desarrollado en los aspectos que en la actualidad se consideran necesarios, debería cumplir con los estándares propuestos en este documento.

Respecto de la metodología del consenso

En cuanto a la metodología para la confección del documento, cabe señalar que a principios del año 2014, por acuerdo entre las instituciones participantes del consenso, se conformaron 2 grupos redactores de los respectivos documentos, que servirían de base para la discusión en cada área. Cada grupo redactor estuvo coordinado e integrado por profesionales representantes de las tres instituciones (Programa Nacional VIHDA, en nombre del INE-ANLIS, SADI y ADECI).

En abril del 2014 los documentos base se consolidaron en un documento preliminar, que fue publicado y distribuido entre los inscriptos al Taller INE-SADI-ADECI 2014, donde se lo trataría.

En mayo de 2014, en el Taller INE-SADI-ADECI 2014, que se desarrolló en el Marco del XIV Congreso de la SADI en Rosario, el documento preliminar fue discutido, enriquecido y validado con la participación de 219 profesionales asistentes.

Finalmente, revisados los documentos por los directores de cada grupo, se publica el documento final de consenso interinstitucional, en formato digital, en Agosto de 2014.

Equipo de trabajo

El taller de consenso fue presidido por la Dra. Leticia Miller (Directora del INE-ANLIS), el Dr. Gustavo Lopardo (Presidente de SADI) y la Lic. Silvia Margalejo Raffin (Presidente de ADECI) y coordinado por el Dr. Rodolfo Quirós (SADI) y la Mg. Lic. Norma Peralta (INE-ANLIS).

El Grupo de Trabajo 1, redactor del “Instrumento para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina”, fue coordinado por el Dr. Rodolfo Quirós, la Dra. Wanda Cornistein y la Dra. Liliana Clara.

Participaron de la redacción del documento base del grupo 1 los siguientes profesionales: Lic. Elena Andión, Lic. María de los Ángeles Cabral, Dr. Gonzalo Corral, Dra. Lucía Daciuk y Dr. Jaime Lazovski.

El Grupo de Trabajo 2, redactor del “Estrategia para la Implementación de un Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina”, fue coordinado por la Mg. Lic. Norma Peralta y la Lic. Silvia Margalejo Raffin.

Participaron de la redacción del documento base del grupo 2 los siguientes profesionales: PU Diego Arcidiácono, Ing. Carolina Díaz, Ing. Roberto Giordano Lerena, Ing. Laura Fernandez y Dr. Gustavo Martínez.

El documento final de consenso fue compilado y revisado por el Dr. Rodolfo Quirós y el Ing. Roberto Giordano Lerena.

Instrumento para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina

Descripción del instrumento

Este instrumento ha sido elaborado tomando como base la Guía de Evaluación Rápida de Programas de Infecciones Intrahospitalarias de la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con otros manuales ⁽¹³⁻¹⁵⁾, sumado al aporte de un grupo de expertos convocados para su desarrollo.

Para facilitar la estratificación de la información registrada y permitir comparaciones válidas cada centro debe completar los datos correspondientes a las características que definen su institución ([Anexo I-Características de la institución](#)).

El instrumento permite recoger información sobre diversos aspectos que deben encontrarse presentes en los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones. Estos aspectos se han organizado en nueve **secciones** que agrupan áreas sobre una temática similar. Para cada una de estas secciones se han identificado **componentes** considerados como requeridos para el desarrollo de un Programa efectivo para la Prevención, Vigilancia y Control de las infecciones. A su vez para cada componente se establecieron un conjunto de **características** que describen el cumplimiento de un componente y luego se establecieron **indicadores** que permiten constatar el nivel de cumplimiento de dichas características. Una característica puede tener varios indicadores y un componente puede tener varias características. Se ha propuesto para cada indicador uno o más **verificadores** (“verificadores sugeridos”) que no son más que orientaciones o fuentes de información para que los auto-evaluadores puedan identificar si el indicador se encuentra presente o no. Los auto-evaluadores pueden fundamentar la presencia de determinado indicador de otras formas ([Anexo I-Planilla de autoevaluación](#)).

De acuerdo a este instrumento, sólo se evalúa el nivel de cumplimiento de los indicadores. El cumplimiento de las secciones, sus componentes y a su vez sus características es una conclusión que surge del análisis de cada uno de los indicadores ([Anexo II](#)).

Es importante destacar que en todo momento se preservará la confidencialidad de los datos y que la información de cada institución será analizada en forma conjunto con centros asistenciales de características similares. Es por ello que resulta crítico que la información recabada sea precisa y confiable.

Glosario

Para facilitar la comprensión y el manejo de este instrumento se ha desarrollado un glosario con la definición de los términos técnicos usados en el documento.

Antisepsia	Procedimiento destinado a eliminar o inhibir el crecimiento de microorganismos sobre tejidos vivos
Antisépticos	Productos destinados a la destrucción o inhibición del crecimiento de microorganismos sobre tejidos vivos. En general son menos tóxicos que los desinfectantes
Alerta epidemiológica	Alerta que surge en base a una situación epidemiológica particular detectada en la comunidad, que requiere ser comunicada a las áreas potencialmente involucradas (ej. emergencias, laboratorio, atención ambulatoria, etc.) dentro de la institución por parte de los responsables de la vigilancia epidemiológica.
Brote	Aumento significativo de aislamientos significativos de un mismo microorganismo (genotipo) por encima de los controles históricos. Puede ser la aparición del primer caso en la institución. El tipo de infección puede o no ser el mismo y en general reconocen una fuente común.
Certificación	Documento emitido por autoridad competente que acredita que la persona que lo recibe ha cumplimentado con los requisitos de formación necesarios.
Cobertura de inmunización	Proporción de personas vacunadas del total programado. Para esta guía no hace diferencia si se

	evaluó o no la respuesta inmunológica a la vacuna.
Comparación interna	Comparación de la evolución de indicadores a través de gráficos de tendencia temporal.
Comparación externa	Comparación de los indicadores de la institución con los de otros centros de características similares. Esta comparación se puede llevar a cabo a través del uso de percentilos o por medio de la razón estandarizada de infección.
Controles biológicos de la esterilización	Los controles biológicos son en la actualidad el único medio disponible para confirmar la esterilización de un artículo o para determinar la efectividad del proceso de esterilización
Controles químicos de la esterilización	Estos dispositivos están basados en reacciones químicas y son sensibles a los parámetros de los diferentes métodos de esterilización (por vapor saturado, temperatura y tiempo). Se presentan en forma de tiras de papel impresos con tinta y otros reactivos no tóxicos que cambian de color cuando se cumplen los requisitos establecidos para el proceso
Desinfección	Procedimiento destinado a eliminar los agentes patógenos de artículos y otros equipos de atención de pacientes a fin de disminuir el riesgo de infecciones. En general no eliminan esporas microbianas. Se distinguen distintos niveles, según la clasificación de Spaulding, interesando aquí la desinfección de alto nivel utilizada para los materiales semicríticos (contacto con mucosas).
Desinfectantes	Productos destinados a la destrucción o inhibición del crecimiento de microorganismos sobre objetos y superficies inanimadas.
Desinfectantes de alto nivel	Formulaciones basadas en glutaraldehído (glutaraldehído >2%); ortoftalaldehído (OPA) al 0,55%; Peróxido de Hidrógeno 7,5%; ácido peracético >0,2%; combinaciones de Peróxido de Hidrógeno y ácido peracético
Días-paciente	Suma del recuento diario de pacientes internados en un área asistencial en particular (ej. sala general, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos médico-quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica). Días-paciente mes: Suma del recuento diario durante un mes. Días-paciente año: Suma de los recuentos mensuales durante un año.
Documento oficial	Documento que cumple con los requisitos locales para ser considerado de conocimiento o cumplimiento obligatorio. Al menos cuenta con la firma de la autoridad del establecimiento.
Egresos anuales	Número de altas, defunciones o transferencias durante un año.
Enfermedades notificables	Conjunto de enfermedades infecciosas que requieren de notificación a las autoridades sanitarias locales.
Esterilización	Procedimiento destinado a eliminar toda forma de vida microbiana de artículos y otros equipos de atención de pacientes a fin de disminuir el riesgo de infecciones. Este procedimiento es el requerido para los materiales críticos (tienen contacto con sangre y/o partes estériles del organismo)
Estrategias	Conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado objetivo
Evidencia	Certeza que proviene de estudios que a la fecha se consideran concluyentes sobre determinada materia. La evidencia se gradúa en niveles que sustentan su recomendación
Formulario	Documento utilizado para recolectar información específica y estructurada
Gráficos de tendencia temporal	Conjunto de gráficos que permiten objetivar la evolución temporal de un indicador estableciendo su tendencia a través del tiempo. Permite la comparación interna de estos indicadores y evaluar la influencia de determinados factores en su evolución (ej. cambio de las características poblacionales, implementación de medidas preventivas)
Guía	Documento con recomendaciones de acción sobre determinada materia, generalmente técnica, y de carácter no obligatoria.

Indicadores	Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos relacionados directa o indirectamente con los procesos de atención médica. Los indicadores surgen a partir de la definición de las variables críticas para cada objetivo del PPCI. Mientras los indicadores de estructura evalúan la disponibilidad de los recursos (humanos y materiales) necesarios para llevar a cabo una tarea, los indicadores de proceso o inductores describen lo que se hace y los indicadores de resultado reflejan las consecuencias de acciones pasadas. Los indicadores de resultados y los indicadores de proceso forman una cadena en la que los resultados del nivel inferior pueden ser los inductores del nivel superior.
Infección asociada al cuidado de la salud (IACS)	Infección que se presenta como consecuencia de la atención médica, durante la hospitalización o como consecuencia de ella y que no se encontraba presente o en incubación al ingreso de un paciente. También están incluidas en este concepto las infecciones ocurridas ambulatoriamente como consecuencia de la atención médica.
Listas de verificación	Las listas de verificación, control o cotejo ("check lists"), son formularios creados para el registro de actividades repetitivas, de modo tal de controlar su ejecución en forma ordenada y sistemática, asegurándose de que el operador no se olvide de nada importante, pudiendo además interrumpirse el proceso si alguna etapa no ha sido cumplida.
Manual	Documento de consulta que organiza y resume la regulación, instrucciones, procedimientos o cualquier otro tipo de información, generalmente operativa, sobre determinada materia.
Matriz de riesgos	<p>Una matriz de riesgo en el ámbito asistencial es una herramienta de control y de gestión utilizada para identificar (en base a determinados criterios) los grupos de pacientes más vulnerables y establecer las medidas específicas para prevenir, controlar o minimizar el impacto de los factores exógenos y endógenos relacionados con estos riesgos.</p> <p>A modo de ejemplo, la construcción de una matriz de riesgo se lleva a cabo identificando las categorías de riesgo prevalentes en función de la población asistida y las características institucionales. Luego a través de un sistema de ponderación, evaluando los siguientes factores, se determina el nivel de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Probabilidad de ocurrencia</i>: alta (4), moderada (3), baja (2), ninguna (1). – <i>Potencial de severidad</i>: alta (4), moderada (3), baja (2), ninguna (1). – <i>Probabilidad de cambios en los cuidados asistenciales, tratamiento o servicios</i>: alta (4), moderada (3), baja (2), ninguna (1). – <i>Preparación de la institución para el cambio</i>: pobre (3), regular (2), buena (1). <p>La puntuación final se estima a partir de multiplicar el puntaje de cada factor. Cada institución define el valor de corte por encima del cual esa categoría se vuelve relevante.</p>
Metas	Propósitos o logros que la institución ha fijado para los distintos componentes del Programa de Prevención y Control de Infecciones
Objetivos	Metas cuantificadas a las que se espera llegar. Generalmente se expresan numéricamente en razones, tasas, proporciones u otro indicador de esa naturaleza.
Organigrama institucional	Representación gráfica de la estructura de la organización. Representan las estructuras departamentales y las relaciones jerárquicas que existen entre ellas
Paquetes de medidas	Un paquete de medidas ("bundle") es un conjunto estructurado de recomendaciones basadas en la mejor evidencia, tendientes a mejorar los procesos y los resultados vinculados con la atención de los pacientes. Se trata de un pequeño conjunto de prácticas sencillas -generalmente de tres a cinco- que, al realizarse de <i>forma colectiva</i> (todas las medidas), <i>universal</i> (a todos los pacientes) y en <i>forma continua</i> (todo el tiempo) [Regla del todo o nada], han demostrado mejorar los resultados vinculados a la prevención de eventos no deseados asociados al cuidado de los pacientes. Los datos obtenidos a partir de la medición frecuente de estos indicadores retroalimentan a las

	personas involucradas en el procedimiento, llevando a mejoras sustanciales en el proceso y a la reducción de las acciones negativas.
Percentilo	Metodología utilizada para estratificar los resultados provenientes de distintas instituciones correspondientes a los indicadores de un sistema de Vigilancia externo (ej. Sistema VIHDA, NHSN). El valor de un indicador correspondiente al percentilo 25 significa que sólo el 25% de las instituciones analizadas tienen un valor menor o igual al valor reportado.
Personal de salud	Todo trabajador que por desarrollar su tarea dentro del ámbito asistencial puede tomar contacto con un paciente
Presupuesto	Alocación de recursos materiales y económicos para que el PPCI pueda ser llevado a cabo y cumplir con los objetivos establecidos y aceptados por las autoridades de la institución.
Procedimiento o Norma	Instrucción operativa permanente que debe cumplirse siempre
Procedimiento invasivo	Procedimiento utilizado para el manejo asistencial de un paciente, que interrumpe mecánicamente las barreras de defensa del organismo. Los más reconocidos son: acceso vascular, catéter urinario, ventilación mecánica, procedimientos quirúrgicos, colocación de drenajes, entre otros.
Programa	Conjunto organizado de recursos y actividades para obtener un fin conocido. Contiene además metas, objetivos, estrategias, indicadores y responsables.
Programa de inmunizaciones	Actividades destinadas a vacunar a una población determinada, que establece quienes deben ser vacunados, que vacuna se utilizara, dosis, vía y periodicidad.
Programa de capacitación	Actividades dirigidas para que el personal de salud adquiera los conocimientos necesarios para el desarrollo de su tarea habitual. <i>Inducción</i> : capacitación organizada para que el personal recientemente incorporado conozca los procedimientos técnicos y administrativos del establecimiento. <i>Mantenimiento</i> : capacitación organizada para que el personal mantenga el nivel de conocimiento requerido en relación a los procedimientos técnicos y administrativos del establecimiento.
Razón estandarizada de infección	Indicador que resulta de relacionar los casos observados en la institución con los casos esperados si el centro analizado tuviese las mismas tasas que el sistema usado como comparador. Mientras una razón estandarizada de infección menor de 1 significaría menos casos observados que los esperados (situación favorable), un valor superior a 1 significaría más casos observados que los esperados (situación desfavorable). Para determinar la significancia estadística de este indicador, el resultado debe ser significativamente diferente de 1 (no diferencia)
Referencias reglamentarias	Conjunto de leyes, reglamentos, disposiciones y decretos que normatizan distintas áreas del proceso de asistencial y de sus actividades relacionadas.
Supervisión	Proceso de observación para medir el cumplimiento de las guías, normas, procedimientos y paquetes de medidas, entre otros, en la práctica cotidiana.
Técnica aséptica	Conjunto de medidas tendientes a evitar o reducir el riesgo de contaminación durante la realización de un procedimiento asistencial (ej. higiene de manos, uso de guantes para evitar la exposición a fluidos, uso de material estéril, antisepsia)
Vigilancia epidemiológica	Sistema de información permanente sobre la frecuencia y distribución de las enfermedades en la población, como así también de los factores que incrementan su ocurrencia (factores de riesgo) o la disminuyen (factores preventivos), y el impacto en términos de morbilidad, y mortalidad que las mismas ocasionan.

Instrucciones para el uso de este instrumento

1. Instrucciones generales

Dado que el instrumento ha sido desarrollado para la auto-evaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la salud, se requiere de cada participante la mayor objetividad posible en el uso de esta herramienta.

El instrumento ha sido diseñado para ser aplicado en un tiempo aproximado de 16 horas/persona.

Es recomendable registrar en la planilla de papel los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas como así también los comentarios y observaciones pertinentes que aporten información complementaria. (Tome notas escritas de sus observaciones en el momento. No confíe en su memoria).

2. Instrucciones y recomendaciones para la revisión de documentos

Parte de la información será obtenida de documentos que directa o indirectamente aportan datos para fundamentar el cumplimiento de los componentes, características e indicadores del instrumento. La revisión de documentos suele ser larga y compleja, es por ello que le recomendamos:

- Intente solicitar los documentos y registros específicos que hacen al indicador que está evaluado
- Solicite a los interlocutores que le muestren donde se encuentra la información en los documentos. La revisión por una persona que no está familiarizado con el documento puede ser tediosa y sin frutos. Debe ser explícito sobre lo que necesita.
- Dirija la revisión de los documentos hacia los objetivos del instrumento.
- Al ser usted parte de la organización le resultará más fácil encontrar la información necesaria para evaluar el cumplimiento del indicador
- Recuerde que toda actividad formal (ej. Reuniones de capacitación, Reuniones del Comité de Control de Infecciones), debería quedar registrada en una planilla

3. Instrucciones y recomendaciones para las observaciones directas

La evaluación de muchas de las características se basan en la observación de cómo se realizan las distintas actividades en la práctica cotidiana.

- Cuando realice observaciones directas, compare el estándar recomendado en su institución con lo que realmente se realiza.
- Si observa un quiebre de técnicas o prácticas inadecuadas, tome nota y luego comente con el personal involucrado sus observaciones para entender el motivo del desvío e inducir una corrección del mismo.
- Recuerde que un desvío aislado (no repetido) no representa una tendencia. Sólo la observación sistemática de desvíos en las prácticas debe ser considerado como un no cumplimiento del indicador. Desvíos ocasionales no aislados deberían ser considerados como cumplimientos parciales.

4. Nivel de cumplimiento de los indicadores

Cada indicador deberá ser evaluado en su nivel de cumplimiento de acuerdo a las siguientes categorías.

Cumple: El indicador es cumplido en su totalidad de acuerdo al verificador sugerido.

Ejemplos:

- Existen normas escritas, éstas se han difundido por un método fehaciente y están accesibles para todo el personal
- Se han definido indicadores (numeradores y denominadores) que son recolectados con regularidad

Cumple parcial: El indicador NO es cumplido en su totalidad de acuerdo al verificador sugerido

Ejemplos:

- Existen normas escritas, PERO éstas no se han difundido por un método fehaciente o bien NO están accesibles para todo el personal
- Se han definido indicadores (numeradores y denominadores) PERO éstos NO son recolectados con regularidad

No cumple: El indicador NO es cumplido en absoluto de acuerdo al verificador sugerido

Ejemplos:

- NO existen normas escritas
- NO se han definido indicadores válidos (numeradores y denominadores)

No aplica: Este concepto puede ser utilizado sólo cuando el indicador no es cumplido por la institución debido a que las características del mismo no lo permiten. NO utilizar esta calificación como equivalente de No cumple. Siempre acompañar la opción No aplica de un comentario explicativo que justifique el uso de esta categoría.

Ejemplos:

- NO se realiza vigilancia de neurocirugías debido a que el centro no realiza este tipo de procedimientos
- El centro no lleva a cabo desinfección de alto nivel ya que no realiza procedimientos endoscópicos

5. Verificadores sugeridos

Corresponden a elementos que el evaluador debería obtener para asegurarse el cumplimiento del indicador.

Ejemplos:

- Guías, Manuales o Procedimientos escritos que documenten una recomendación o proceso requerido
- Registros escritos de las actividades y resoluciones del Comité de Control de Infecciones
- Reportes periódicos de los indicadores de proceso y resultado utilizados para el monitoreo del Programa de Prevención y Control de Infecciones

Estrategia para la Implementación de un Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina

Descripción de la estrategia para la implementación de un Sistema de Autoevaluación

Para llevar a cabo la implementación de un sistema de autoevaluación resulta necesario definir los pasos requeridos para el abordaje de tales procesos a efectos de facilitar su implementación y garantizar la confidencialidad, comparabilidad y evolución de sus resultados.

1. Definición

Este sistema definido en forma conjunta por el INE, SADI y ADECI, tiene por objeto brindar un marco formal y metodológico, con validación oficial, para la realización concurrente de la Autoevaluación asistida de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en las instituciones de salud de la República Argentina, con la posibilidad de que la información volcada al sistema sea validada luego por el Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud, como autoridad de aplicación del Ministerio de Salud de la Nación.

2. Pautas de implementación

El proceso completo previsto por el Sistema de Autoevaluación de Programas de Prevención y Control de Infecciones, consiste de 3 fases, cada una de ellas, dividida en etapas. La frecuencia del proceso será anual, en base a un calendario definido por el Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud. La difusión de la apertura y calendario será realizada por medio del sitio web www.vihda.gov.ar

- La **Fase 1 de ORGANIZACIÓN**, consta de 3 etapas: *Inscripción, Capacitación y Preparación*.

- **Inscripción:**

En esta fase el Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud abrirá la inscripción a las instituciones de salud que voluntariamente soliciten participar del Sistema de Autoevaluación asistida. En este sentido, los hospitales deberán completar vía web el Formulario con las características de la institución y enviar una declaración jurada al INE, manifestando su voluntad de participar del proceso. Esta declaración deberá ser firmada por las autoridades de la institución. Una vez completados los requisitos y aprobado el ingreso por el INE, éste enviará a cada centro un código único de identificación, el cual será utilizado para el ingreso de los datos al sistema informático.

- **Capacitación:**

Luego de cerrada la inscripción, el INE habilitará a los usuarios de los diferentes hospitales para ingresar y operar el sistema informático. Durante 3 días se dictará el curso *On Line* de capacitación para los referentes de los hospitales inscriptos.

- **Preparación:**

Cumplida la inscripción y capacitación, comienza la etapa de preparación, donde los referentes de cada hospital deberán:

- ✓ Conformar el equipo de trabajo y elegir el coordinador del proceso
- ✓ Descargar e imprimir el material necesario para el proceso de autoevaluación (Guía de autoevaluación, Instrumento de autoevaluación: Formulario con las características de la institución; Planilla para la autoevaluación)
- ✓ Capacitar al equipo de trabajo
- ✓ Organizar el trabajo interno
- ✓ Identificar las fuentes de información necesarias y los referentes a consultar en cada caso

- ✓ Proceder a la difusión interna del proceso de autoevaluación y concientizar a las autoridades y a los referentes principales de los sectores involucrados

- La **Fase 2 de AUTOEVALUACIÓN**, consta de 2 etapas: *Autoevaluación institucional* y *Carga de los resultados* al sistema informático.

- **Autoevaluación institucional:**

En esta etapa cada hospital, asistido por el Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud, lleva adelante la autoevaluación propiamente dicha, siguiendo las instrucciones y formularios de la Guía de Autoevaluación.

En esta etapa se debe analizar y registrar el nivel de cumplimiento de los componentes y características de las 9 secciones que conforman la Planilla para la autoevaluación. Toda la información consignada en los formularios será considerada como CONFIDENCIAL, garantizando el Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud, la preservación de la misma, por medio de los compromisos de confidencialidad al que adhieren todos los integrantes del Comité de Validación y Comité Ejecutivo.

- **Carga de resultados al sistema informático:**

Luego de finalizada la autoevaluación, el referente de cada hospital deberá revisar los formularios y planillas completadas, antes de su carga al sistema de registro, para confirmar la consistencia de los datos recogidos. Una vez completada esta tarea se procederá a la carga de los datos al sistema informático. La información será ingresada al sistema a través del código único de identificación aportado por el INE al momento de la inscripción del centro.

- La **Fase 3 de ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN** consta de 2 etapas: *Análisis de los resultados obtenidos del sistema* y *Comparación con otras instituciones* de iguales características.

- **Análisis de los resultados:**

Finalizado el ingreso de los datos al sistema informático, éste devolverá la información estructurada de la siguiente manera:

- ✓ Reporte detallado de los resultados de cada sección, con sus respectivos componentes e indicadores
- ✓ Informe consolidado de la autoevaluación institucional conteniendo el puntaje obtenido por sección

A partir de esta información cada institución identificará sus oportunidades de mejora, desarrollando un plan de acción y elevando ésta información a las autoridades de su centro.

- **Comparación con otras instituciones:**

Además el sistema informático permitirá la comparación de los resultados por sección de una institución con el consolidado (mediana, percentilo 25 y percentilo 75) de los resultados por sección de instituciones de características similares en el caso que exista al menos 3 centros que hayan ingresado sus datos. En ningún caso estos informes permitirán identificar las instituciones usadas como comparador.

Estos informes serán estratificados de la siguiente manera:

- ✓ Instituciones validadas y no validadas
- ✓ Tipo de institución

Esta información le permitirá a cada centro conocer su posición relativa con respecto a centros de características similares, teniendo siempre en cuenta que el objetivo es alcanzar los 100 puntos.

Esto significa que en una sección tanto la institución como su comparador pueden tener un mismo valor por debajo de los 80 puntos. Esto no debería ser considerado como una situación deseable sino que representa una oportunidad de mejora para al menos el 50% de los centros.

Los hospitales que no participen de la validación oficial, habrán concluido su tarea en esta fase. Sus datos serán sólo comparados con aquellas instituciones que no adhieran a la validación oficial.

Aquellas instituciones interesadas en la validación oficial y cumplan los requisitos establecidos a tal efecto podrán solicitarla al Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud.

- La **Fase 4 de VALIDACIÓN**, alcanza sólo a aquellos hospitales que accedan a la validación oficial y al consta de 2 etapas: *Validación oficial e Informe nacional*.

- **Validación oficial**

Esta etapa consiste en una visita de un Comité de Validación dependiente del Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud, que verificará la información consignada en los formularios correspondientes, pudiendo solicitar material de evidencia y realizar entrevistas a los referentes de las distintas áreas. El Comité de Validación confeccionará un informe al hospital con las conclusiones de su visita.

El INE convocará a expertos reconocidos en la temática para integrar los Comités de Validación.

La Validación oficial puede tener cargo para el hospital que la solicita, de forma tal de solventar los costos de su implementación.

- **Informe Nacional**

Finalizadas las visitas de validación de todos los hospitales que hayan adherido a esta opción, el Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud emitirá un **Informe Nacional** anual, consolidando los resultados del proceso realizado. Este informe preservará en todo momento la confidencialidad de la información no siendo posible la identificación, a través del informe, de ningún centro participante.

3. Criterio de inclusión

Podrán participar del Sistema de Autoevaluación de Programas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud, aquellas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, que formalmente suscriban el compromiso de participación.

Estas instituciones deben:

- ✓ Disponer de un Programa de Vigilancia de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud con más de 2 años de trabajo ininterrumpido
- ✓ Contar con un Comité de Control de Infecciones consolidado, con la participación de al menos un Médico Infectólogo, un Microbiólogo y un Enfermero en Control de Infecciones con más de 1 año de antigüedad en el comité
- ✓ Contar con más de 2 componentes vigilados por un período de al menos 1 año

El Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación determinará las instituciones que participarán del proceso de autoevaluación, conforme cumplan los requisitos establecidos en la inscripción y las habilitará a tal efecto.

Una vez finalizada la autoevaluación, las instituciones que hayan cumplimentado con todos los requisitos podrán solicitar la validación oficial al Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, quien determinará las condiciones y los pasos a seguir.

4. Planificación

Para llevar a cabo la implementación del Sistema de Autoevaluación de Programas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en las Instituciones de la República Argentina, se ha definido el siguiente cronograma:

Etapa	Actividades	Tiempo
1. Inscripción	<ul style="list-style-type: none"> Registro on-line de los datos de la institución 	Semana 1
	<ul style="list-style-type: none"> Firma y envío al INE de la declaración jurada de adhesión 	
2. Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Curso de capacitación a distancia para referentes hospitalarios 	Semana 1
3. Preparación	<ul style="list-style-type: none"> Descarga e impresión del material de trabajo (Guía de autoevaluación y planillas para el registro de los datos) 	Semana 2
	<ul style="list-style-type: none"> Conformación del equipo de trabajo y elección del coordinador del proceso 	
	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación interna al equipo de trabajo. Revisión de los formularios y criterios 	
	<ul style="list-style-type: none"> Organización del trabajo interno 	
	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de las fuentes de información y de los referentes de cada área a evaluar 	
	<ul style="list-style-type: none"> Difusión interna del proceso de autoevaluación y concientización a las autoridades y a los referentes principales de los sectores involucrados 	
4. Autoevaluación	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem LIDERAZGO Y COORDINACIÓN 	Semana 3
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem RECURSOS ASIGNADOS AL PROGRAMA 	
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem SISTEMA DE VIGILANCIA 	
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem GUÍAS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS 	
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL 	
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem MICROBIOLOGÍA 	
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem AMBIENTE HOSPITALARIO Y SANEAMIENTO AMBIENTAL 	
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem SALUD DEL PERSONAL 	
	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del nivel de cumplimiento de los componentes del ítem CAPACITACIÓN AL PERSONAL, EDUCACIÓN A PACIENTES Y 	

IP-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

Etapa	Actividades	Tiempo
	FAMILIARES	
5. Carga en el sistema	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de los formularios y planillas por parte del referente de la institución 	Semana 4
	<ul style="list-style-type: none"> Carga de los datos revisados en el sistema informático 	
6. Análisis de los resultados	<ul style="list-style-type: none"> Análisis del reporte detallado con los resultados de cada sección que el sistema informático ofrece luego de finalizada la carga de los datos 	Semana 5
	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de las oportunidades de mejora 	
	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de un plan de acción en base a los resultados obtenidos 	
7. Comparación con otras instituciones	<ul style="list-style-type: none"> Análisis comparativo (en caso de corresponder) de los resultados de cada institución con el consolidado (mediana, percentilo 25 y percentilo 75) de los resultados de instituciones de características similares 	
8. Validación Oficial	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de visita de validación 	A coordinar
	<ul style="list-style-type: none"> Visita técnica de validación 	
	<ul style="list-style-type: none"> Confección del informe de validación de la Autoevaluación 	
9. Informe Nacional	<ul style="list-style-type: none"> Confección del Informe Nacional Anual con resultados de las autoevaluaciones y validaciones 	A definir

5. Instrumentos de soporte y recursos necesarios

El Sistema de Autoevaluación de Programas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en las Instituciones de la República Argentina brinda a los hospitales participantes los siguientes instrumentos de soporte y recursos, a efectos de llevar adelante el proceso:

- ✓ Guía para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud, consensuado entre SADI, ADECI e INE. Esta guía contiene la descripción de la metodología de trabajo y los instructivos para el llenado del Instrumento de Autoevaluación (Formulario para el registro de las características institucionales y Planilla para el registro de la Autoevaluación)
- ✓ Instructivo para el uso del sistema informático de soporte que permite la carga de los datos registrados en el Instrumento de Autoevaluación. El sistema informático ofrece para cada institución una vez completada la carga de los datos un reporte detallado con el resultado de la carga de cada indicador, el consolidado por sección y de corresponder el comparativo con las otras instituciones

6. Informes

En la etapa de Análisis de la Información Institucional, cada equipo de trabajo deberá analizar el resultado de la autoevaluación a partir de los informes obtenidos del sistema informático, identificando las oportunidades de mejora en base a los indicadores con cumplimiento parcial o no cumplidos. Además se deberá elaborar un plan de acción con las medidas necesarias para la mejora de estos indicadores. Este informe debería contener:

- ✓ Estado de Situación
- ✓ Análisis de los resultados
- ✓ Comparación con otros centros (de corresponder)
- ✓ Recomendaciones, medidas de mejora y plan de implementación

Este informe final deberá ser suscripto por el equipo de trabajo y entregado a la Dirección del hospital, para que ésta determine el plan de acción a seguir.

Aquellos hospitales que soliciten la validación de la autoevaluación por parte del Ministerio de Salud, recibirán la visita del comité de validación que verificará los procesos y la información declarada, comparándola con el informe de Autoevaluación elaborado por el hospital. Aprovechará para revisar con el equipo de trabajo el *estado de la situación* del Programa de Prevención y Control de Infecciones local, el *análisis de la información*, las *oportunidades de mejora* y el *plan de acción* propuesto. A partir de este análisis el comité de validación emitirá el Informe de Validación de la Autoevaluación.

Finalizada la etapa de validación oficial de todos los hospitales que la solicitaron, el Programa Nacional de Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Ministerio de Salud, confeccionará un informe anual consolidado del proceso de autoevaluación y validación. En este informe se presentará información estadística general, sin identificación de hospitales, incluyendo sólo las instituciones verificadas que el Comité de Validación considere pertinente incluir.

Referencias:

1. World Health Organization. Allegranzi B, et al. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. A systematic review of the literature. 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf
2. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, Pittet D. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011; 377: 228–41.
3. Reportes semestrales Enero-Junio 2013. Programa Nacional de Vigilancia de las Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA). Ministerio de Salud de la Nación; Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos; Administración Nacional de Laboratorios e Institutos; Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H Jara”.
4. Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en Áreas No Críticas de Hospitales de Argentina. ENPIHA Áreas No Críticas 2012”. Ministerio de Salud de la Nación; Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos; Administración Nacional de Laboratorios e Institutos; Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H Jara”.
5. Quirós R. Impact of nosocomial infections in Argentina: net cost associated with implementing effective infection control programs. 5th Decennial International Conference on Healthcare-Associated Infections, March 2010. Atlanta, Georgia, USA.
6. Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV, CDC SENIC Planning Committee. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): summary of study design. *Am J Epidemiol* 1980; 111: 472.
7. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG. The nationwide nosocomial infection rate: a new need for vital statistics. *Am J Epidemiol* 1985, 121: 159-67.
8. Haley RW, Culver DH, White JW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985, 121: 182-205.
9. Quirós R, Del Castillo M, Maimone S, et al. Multicenter Study to Implement a National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) System in Argentinean Hospitals: Analysis of Adult and Pediatric ICU and the Antimicrobial Use and Resistance Components. 15th Annual Meeting of the Society for Healthcare Epidemiology of America, 2005. Los Angeles, California, USA.
10. Andión E, Aquino N, Carbonaro M, Talanda P, Haimovich A, Magliola R. Programa de intervención para disminuir las bacteriemias asociadas a catéter venoso central. Estrategias multimodales. XI Congreso Argentino de Epidemiología, Control de Infecciones y Seguridad del Paciente. 21-23 de septiembre del 2011, Mar del Plata, Argentina
11. Giuffré C, Efrón E D, Azario A, Jordan R, Martinez JV, Verbanaz S, Giorgio P, Koury M Impact of the implementation of process controls (PC) and strategies to improve adherence to hand hygiene (HHA), in device-associated infections (DAI) in Intensive Care Unit of Adults (AICU) of a high complexity acute teaching hospital. 2nd International Conference on Prevention & Infection Control. 25-28 June- Gêneva. Switzerland. ICPIC 2013
12. Quirós R, Fabbro L, Novau A, Kremer G, Casanova M, Pereyra Acuña M. Impact of a prevention and control infection program in a tertiary care teaching hospital. 2nd International Conference on Prevention & Infection Control. 25-28 June- Gêneva. Switzerland. ICPIC 2013.
13. Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Washington, D.C. OPS 2011
14. Manual del instrumento de “Evaluación de elementos básicos de programas infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)” Norma N° 124. Programa para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Versión agosto 2012. MINSAL Chile
15. Estándares para la acreditación de Hospitales. Joint Commission International 4ta Edición Enero 2011.

ANEXO I

INSTRUMENTO PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Formulario para el registro de las características de la institución

DATOS DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre y Apellido: _____

Especialidad: _____

Domicilio: _____

CP: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Teléfono: _____

Teléfono móvil: _____

e-mail: _____

Cargo que desempeña en la institución: _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Nombre del Establecimiento: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

CP: _____

Teléfono: _____

Tipo de centro sanitario

Nacional

Provincial

Municipal

Privado

Colectividad

Otros

Afiliación universitaria

Si

No

Nombre y Apellido del Director del Establecimiento: _____

Centro de derivación u Hospital de cabecera

Si

IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

No

Estructura

Número de camas disponibles

N° egresos/año

Pacientes-días/año

Unidades de cuidados intensivos

Tipo de unidad	N° camas	Días-paciente/año	Egresos/año
<i>Unidades de cuidados intensivos de adultos</i>			
MÉDICO/QUIRÚRGICA			
MÉDICA			
QUIRÚRGICA			
CORONARIA-CARDIOVASCULAR			
NEUROQUIRÚRGICA			
QUEMADOS			
RESPIRATORIA			
POLITRAUMA			
<i>Unidades de cuidados intensivos pediátrica</i>			
PEDIÁTRICA			
<i>Unidades de cuidados intensivos neonatal</i>			
NEONATAL			

Recursos humanos

Plantel médico (cantidad)

 Médicos de planta en relación de dependencia

 Médicos de planta contratados

 Médicos externos acreditados

Personal de enfermería (cantidad)

 Licenciados en enfermería

 Enfermeros profesionales

 Auxiliares de enfermería

Residencias médicas (cantidad)

 Clínica Médica

 Pediatría

 Obstetricia

 Cardiología

Ortopedia
Cirugía General
Ginecología
Anestesiología
Emergencias
Cuidados Intensivos
Enfermería

Procedimientos

Procedimientos quirúrgicos

Número total de procedimientos quirúrgicos por año
Número de procedimientos ambulatorios
Número de cirugías de un día
Número de cirugías que requirieren hospitalización por más de 24 horas

Procedimientos obstétricos por año

Partos vaginales
Cesáreas

Procedimientos de alta complejidad por año

Cirugía Cardiovascular Central
Neurocirugías
Trasplante de órganos sólidos
Trasplante de órganos no sólidos

Planilla para el registro de la autoevaluación

1. Liderazgo y coordinación del Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)				
Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
1.1 Estructura y contenido del PPCI de la institución	1.1.1 Estructuras y responsabilidades para el desarrollo e implementación de un PPCI en el establecimiento	1.1.2 Existe un documento oficial que nombra a los responsables del PPCI		Documento oficial firmado por autoridad competente de la institución
		1.1.3 Existen las funciones descritas para cada uno de los responsables		Formulario de descripción de puesto de trabajo
		1.1.4 Los responsables del control de infecciones dependen de un alto nivel de la institución		Organigrama institucional que muestra el nivel de dependencia
		1.1.2 Metas, objetivos e indicadores	1.1.2.a Que son revisados o actualizados al menos una vez por año	
		1.1.2.b El cumplimiento de las metas y objetivos del PPCI es supervisado y evaluado periódicamente por el nivel más alto de la organización		El PPCI es aprobado por las autoridades de la institución. Existen reportes periódicos elevados a estas autoridades sobre la evolución de los indicadores de proceso y resultado del PPCI
		1.1.2.c Existen evidencias que demuestran que se toman decisiones para el cumplimiento de las metas y objetivos		Desde el Comité de Control de Infecciones se realiza el seguimiento de las metas y objetivos del PPCI dejándose evidencia en las actas correspondientes de las decisiones tomadas al respecto
		1.1.2.d Existen un conjunto de indicadores que permiten monitorear el cumplimiento de los objetivos establecidos en el PPCI		El PPCI contiene un set de indicadores de estructura, procesos y resultados que permiten monitorear el cumplimiento de los objetivos
	1.1.3 Utiliza una matriz de riesgos para definir prioridades en la prevención y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud	1.1.3.a Infecciones asociadas a accesos vasculares		Matriz de riesgos que forma parte del PPCI y que define las prioridades del mismo. Esta matriz se revisa anualmente
		1.1.3.b Infecciones asociadas a catéter urinario		
		1.1.3.d Infecciones asociadas a ventilación mecánica		
		1.1.3.e Infecciones asociadas a procedimientos quirúrgicos		
		1.1.3.f Emergencia y transmisión de microorganismos multirresistentes		

1. Liderazgo y coordinación del Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		1.1.3.g Infecciones emergentes o recurrentes dentro de la comunidad		
1.1.4 Bases para el PPCI:		1.1.4.a Conocimiento científico actual y la mejor evidencia disponible		Las recomendaciones que constituyen la documentación respaldatoria del PPCI tienen asociadas el nivel de evidencia que las sustentan en base al conocimiento actual.
		1.1.4.b Guías clínicas aceptadas		Guías clínicas adoptadas o adaptadas de fuentes confiables (sociedades científicas locales o internacionales)
		1.1.4.c Leyes y reglamentaciones correspondientes		El PPCI contiene las referencias reglamentarias (leyes, reglamentos, disposiciones y decretos) vigentes que lo sustentan
1.1.5 Alcance del PPCI		1.1.5.a Pacientes		Los pacientes se encuentran incluidos en las estrategias planteadas en el PPCI (ej. se entrega información al paciente sobre las medidas para la prevención y el control de las IACS, se involucra la paciente en las estrategias de higiene de manos)
		1.1.5.b Personal de salud		El personal de salud se encuentra incluido en las estrategias planteadas en el PPCI (ej. capacitación, devolución de indicadores, inmunización, prevención de accidentes por exposición, integración a las actividades del Comité de Control de Infecciones)
		1.1.5.c Visitas y acompañantes de los enfermos		Las visitas y acompañantes se encuentran incluidos en las estrategias planteadas en el PPCI (ej. educación sobre medidas para la prevención y el control de las IACS en los pacientes, se los involucra en las estrategias de higiene de manos)
1.1.6 Componentes del PPCI	1.1.6.a Sistema de vigilancia	1.1.6.a.1 Vigilancia de IACS		El PPCI incluye la vigilancia de las IACS
		1.1.6.a.2 Detección y control de brotes		El PPCI incluye la detección y control de brotes
		1.1.6.a.3 Reporte de enfermedades notificables		El PPCI incluye el reporte de enfermedades notificables

1. Liderazgo y coordinación del Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		1.1.6.a.4 Divulgación institucional de alertas epidemiológicas		El PPCI incluye la divulgación institucional de alertas epidemiológicas
		1.1.6.a.5 Criterios técnicos para planes de preparación y respuesta ante emergencias relacionadas con enfermedades transmisibles (ej.: epidemias)		Plan escrito para la preparación y respuesta ante emergencias relacionadas con enfermedades transmisibles (ej.: epidemias). Se han realizado simulacros para evaluar el nivel de preparación de la institución
	1.1.6.b Desarrollo de guías, manuales y procedimientos para la prevención y control de las IACS	1.1.6.b.1 Higiene de Manos		Guías y/o procedimientos escritos para la higiene de manos
		1.1.6.b.2 Precauciones estándar		Guías y/o procedimientos escritos sobre la utilización de precauciones estándar
		1.1.6.b.3 Precauciones expandidas (según la transmisión)		Guías y/o procedimientos escritos sobre la utilización de precauciones basadas en la transmisión
		1.1.6.b.4 Manejo de residuos y limpieza ambiental		Guías y/o procedimientos escritos sobre el manejo de residuos y limpieza ambiental
		1.1.6.b.5 Gestión del uso de antimicrobianos		Guías y/o procedimientos escritos sobre la gestión del uso de antimicrobianos
		1.1.6.b.6 Selección y uso apropiado de antisépticos		Guías y/o procedimientos escritos sobre la selección y uso apropiado de antisépticos
		1.1.6.b.7 Medidas para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos		Guías y/o procedimientos escritos para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos
		1.1.6.b.8 Medidas para la prevención de las infecciones de sitio quirúrgico		Guías y/o procedimientos escritos para la prevención de las infecciones de sitio quirúrgico
	1.1.6.c Reducción del riesgo de infección en pacientes inmunocomprometidos	1.1.6.c.1 Ambiente protegido para pacientes con trasplantes alogénicos y/o neutropenia prolongada (presión positiva; aire sometido a filtración de alta eficiencia)		Guías y/o procedimientos escritos para la prevención y manejo de las infecciones en pacientes inmunocomprometidos
		1.1.6.c.2 Control sobre las construcciones y/o remodelaciones en la institución		Guías y/o procedimientos escritos para el manejo de las construcciones y/o remodelaciones en la institución

1. Liderazgo y coordinación del Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
		1.1.6.d Reducción del riesgo de infección en recién nacidos	1.1.6.d.1 Existe protocolo de prevención de la transmisión vertical de VIH		Guías y/o procedimientos escritos para la prevención de las infecciones en el recién nacido
			1.1.6.d.2 Existe protocolo de prevención de la transmisión vertical de HBV		
			1.1.6.d.3 Existe protocolo de descolonización de las madres colonizadas con <i>Streptococcus</i> grupo B		
			1.1.6.d.4 Hay uso de colirio de nitrato de plata 1% para profilaxis de la oftalmitis gonocócica		
		1.1.6.e Esterilización y Desinfección de Alto Nivel de productos de uso médico		Procedimientos para la Esterilización y Desinfección de Alto Nivel de productos de uso médico	
		1.1.6.f Salud del personal	1.1.6.f.1 Inmunización del personal		Programa de inmunización para el personal
			1.1.6.f.2 Prevención y manejo de los accidentes por exposición		Guías y/o procedimientos escritos para la prevención y el manejo de los accidentes por exposición
			1.1.6.f.3 Manejo del personal con infecciones trasmisibles al resto del personal y a los pacientes		Guías y/o procedimientos escritos para el manejo del personal con infecciones trasmisibles al resto del personal y a los pacientes
		1.1.6.g Capacitación y Educación	1.1.6.g.1 Capacitación al personal de salud		Programa anual de capacitación para el personal de salud
			1.1.6.g.2 Educación de pacientes y familiares		Programa de educación para pacientes y familiares
1.2 Coordinación del PPCI a través de un Comité de Control de Infecciones	1.2.1 Participantes del Comité de Control de Infecciones	1.2.1.a Los profesionales de Prevención y Control de Infecciones		Acta constitutiva del Comité de Control de Infecciones. Actas de las reuniones periódicas del comité. IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS	
		1.2.1.b Personal médico de distintas áreas			
		1.2.1.c Personal de enfermería de distintas áreas			
		1.2.1.d Personal de limpieza			

1. Liderazgo y coordinación del Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
		1.2.1.e Personal de microbiología			
		1.2.1.f Personal de esterilización			
		1.2.1.g Personal de quirófano			
		1.2.1.h Personal de otras áreas según sea adecuado a la organización.			
	1.2.2 Actividades del Comité de Control de Infecciones	1.2.2.a Se reúne periódicamente (al menos cada tres meses)			Actas de las reuniones periódicas del comité.
		1.2.2.b Existen evidencias de los temas tratados y de las decisiones tomadas			
	1.2.3 Relación de los responsables del PPCI con otras áreas de la institución de una manera formal	1.2.3.a Laboratorio de Microbiología			Acta constitutiva del Comité de Control de Infecciones. Actas de las reuniones periódicas del comité.
		1.2.3.b Servicio de Esterilización			
		1.2.3.c Medicina laboral (salud ocupacional)			
		1.2.3.d Mantenimiento Hospitalario			
		1.2.3.e Servicios generales (manejo de residuos, limpieza, ropería, cocina)			Actas del comité Higiene y Seguridad hospitalaria
		1.2.3.f Comité de Higiene y Seguridad hospitalaria			
		1.2.3.g Comité de Insumos biomédicos			
1.2.3.h Comité de Medicamentos			Actas del Comité de Medicamentos		
1.3 Integración del PPCI con otros programas y niveles de atención	1.3.1 Programa de Calidad y Seguridad del Paciente	1.3.1.a Las actividades de prevención y control de infecciones están integradas dentro del programa de mejora de calidad y seguridad del paciente de la organización		Programa anual del área de Calidad y Seguridad del Paciente. Reportes periódicos del área de Calidad y Seguridad del Paciente	
	1.3.2 Recomendaciones de las autoridades sanitarias	1.3.2.a El programa de PPCI adapta sus acciones a los informes provenientes de los organismos de salud pública relevantes		Adaptación a los alertas epidemiológicos emitidos por las autoridades locales	

Número de indicadores en la sección: 64

2. Recursos asignados para el Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)				
Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
2.1 Composición del equipo técnico-profesional a cargo del PPCI	2.1.1 Médicos	2.1 1.a Capacitación formal en epidemiología, prevención y control de infecciones		Al menos uno de los profesionales debe tener acreditación formal de especialista en infectología y/o epidemiología con certificación por autoridad competente
		2.1 1.b Su dedicación es de al menos 10 horas semanales por cada 100 camas		Formulario de descripción de puesto de trabajo
		2.1 1.c Existe una descripción formal de sus funciones		
		2.1 1.d Tiene autoridad para desarrollar las tareas requeridas por el PPCI		
	2.1.2 Enfermeros	2.1.2.a Capacitación formal en prevención, control de infecciones y supervisión		Al menos uno de los profesionales debe tener acreditación formal de especialista en prevención y control de infecciones con certificación por autoridad competente
		2.1.2.b Su dedicación es de al menos 35 horas semanales por cada 110 camas		Formulario de descripción de puesto de trabajo
		2.1.2.c Tiene reemplazo asignado ante licencias		
		2.1.2.d Existe una descripción formal de sus funciones		
		2.1.2.e Tiene autoridad para desarrollar las tareas requeridas por el PPCI		
	2.1.3 Otros profesionales	2.1.3.a Profesional de microbiología con tiempo asignado, con funciones explícitas en el PPCI		Formulario de descripción de puesto de trabajo
		2.1.3.b Otros profesionales con tiempo asignado, con funciones explícitas en el PPCI (farmacéuticos)		Formulario de descripción de puesto de trabajo
2.2 Apoyo de otras áreas	2.2.1 Apoyo administrativo para el PPCI	2.2.1.a Secretaria		Formulario de descripción de puesto de trabajo
		2.2.1.b Existe una asignación presupuestaria anual para la ejecución del PPCI por parte de la autoridad administrativa		Revisión del presupuesto organizacional
	2.2.2 Apoyo informático para el PPCI	2.2.2.a Equipo de computación e impresora		Existencia de los recursos materiales
		2.2.2.b Acceso permanente a Internet		Existencia de los recursos materiales
		2.2.2.c Los sistemas de gestión de la información dan		Existe soporte desde el área informática al

2. Recursos asignados para el Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI)

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		respaldo al PPCI		PPCI. El sistema de gestión de datos aporta información para los indicadores del PPCI

Número de indicadores en la sección: 16

3. Sistema de vigilancia				
Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
3.1 Alcance del sistema de vigilancia	3.1.1 Características del sistema de vigilancia	3.1.1.a Búsqueda activa de casos entre los grupos de riesgo con una frecuencia al menos semanal, por revisión de historias clínicas y datos de laboratorio		Manual de vigilancia que define el proceso de recolección de la información. Planillas de recolección de datos
		3.1.1.b La detección de los casos es realizada por los profesionales en Prevención y Control de Infecciones.		Formulario de descripción de puesto de trabajo de los Profesionales de Prevención y Control de Infecciones
		3.1.1.c Existe un proceso para la identificación de los pacientes expuestos y la recolección de esta información		Manual de vigilancia que define el proceso de recolección de la información. Planillas de recolección de datos. Reporte de las tasas correspondientes a estos indicadores
3.2 Componentes del sistema de vigilancia	3.2.1 Infecciones asociadas a dispositivos	3.2.1.a Bacteriemias asociadas al uso de catéter venoso central		
		3.2.1.b Infecciones urinarias asociadas a uso de catéter urinario		
		3.2.1.c Neumonía asociada a ventilación mecánica		
		3.2.1.d Infecciones asociadas a derivación ventricular externa		
	3.2.2 Infección de sitio quirúrgico asociadas al menos a los siguientes procedimientos:	3.2.2.a Cirugías osteoarticulares con prótesis y/o implantes		
		3.2.2.b Neurocirugías		
		3.2.2.c Cirugía cardiovascular		
		3.2.2.d Cirugía colo-rectal		
		3.2.2.e Otras		
	3.2.3 Otras infecciones	3.2.3.a Diarrea por <i>Clotridium difficile</i>		
		3.2.3.b Gastroenteritis de adquisición hospitalaria		
		3.2.3.c Neumonía postquirúrgica		
	3.2.4 Microorganismos multirresistentes	3.2.4.a Colonización por microorganismos multirresistentes		
		3.2.4.b Infecciones por microorganismos multirresistentes		
	3.2.5 Otros	3.2.5.a Brotes de adquisición hospitalaria y tiene		

3. Sistema de vigilancia

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
	indicadores	informes de ellos		recolección de la información. Informe de estudio de brotes con identificación de las causas posibles. Registro de los brotes ocurridos y de las acciones implementadas	
		3.2.5.b Accidentes por exposición entre el personal de salud		Manual de vigilancia que define el proceso de recolección de la información. Planillas de recolección de datos. Reporte de tasas de estos indicadores	
3.3 Áreas incluidas en la vigilancia	3.3.1 Unidades de Cuidados Intensivos	3.3.1.a Unidad de cuidados intensivos de adultos			
		3.3.1.b Unidad de cuidados intensivos coronaria/cardiovascular			
		3.3.1.c Unidad de cuidados intensivos pediátrica			
		3.3.1.c Unidad de cuidados intensivos neonatales			
	3.3.2 Unidades de trasplante	3.3.2.a Unidad de trasplante de órgano sólido			
		3.3.2.b Unidad de trasplante de Médula ósea			
	3.3.3 Otras áreas	3.3.3.a Unidad de Cuidados Intermedios			
3.3.3.b Sala general					
3.4 Indicadores del sistema de vigilancia	3.4.1 Resultado	3.4.1.a Utiliza definiciones estandarizadas de "caso" para los numeradores		Se utilizan algunos de estas sistemas para la definición de caso: VIHDA; NNISS; NHSN	
		3.4.1.b Los denominadores seleccionados se ajustan de acuerdo al indicador por	3.4.1.b.1 Días-factor de riesgo para las infecciones asociadas a dispositivos		Manual de vigilancia que define el proceso de recolección de la información. Planillas de recolección de datos
			3.4.1.b.2 Pacientes expuestos para las infecciones de sitio quirúrgico y otras que no estén influenciadas por el tiempo de exposición		
	3.4.2 Proceso	3.4.2.a Adherencia de higiene de manos	3.4.2.a.1 Oportunidades ganadas/total de oportunidades		Reportes de adherencia a la higiene de manos
			3.4.2.a.2 Consumo de alcohol-gel		Reportes de consumo de alcohol-gel
		3.4.2.b Adherencia a los paquetes de medidas	3.4.2.b.1 Colocación de accesos venosos centrales		Listas de verificación. Reporte de tasas de estos indicadores
			3.4.2.b.2 Mantenimiento de accesos venosos centrales		IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

3. Sistema de vigilancia

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
		3.4.2.b.3 Colocación de catéteres urinarios			
		3.4.2.b.4 Mantenimiento de catéteres urinarios			
		3.4.2.b.5 Mantenimiento de pacientes ventilados			
		3.4.2.c Adherencia a las medidas de aislamiento			
3.5 Análisis y difusión de la información obtenida a partir del sistema de vigilancia para detectar problemas y evaluar el impacto de las intervenciones	3.5.1 Análisis de la información epidemiológica	3.5.1.a Se realiza un análisis con una frecuencia al menos trimestral de los indicadores básicos		Reporte de los indicadores analizados	
		3.5.1.b Se realiza un análisis con una frecuencia al menos anual del patrón de resistencia a los antimicrobianos			
		3.5.1.c Se realiza un análisis con una frecuencia al menos anual del patrón de consumo de antimicrobianos			
		3.5.1.d La organización emplea la información de las tasas y sus tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de IACS con el propósito de alcanzar los niveles más bajos que sean posibles			Evidencia en las actas del Comité de Control de Infecciones que los indicadores y sus tendencias se presentan y se toman decisiones al respecto
	3.5.2 Evaluación de la calidad de la información	3.5.2.a Existe algún mecanismo de validación de la información		Evidencia de que los indicadores más relevantes son validados por personal externo al área de Prevención y Control de Infecciones	
		3.5.2.b La evaluación de la calidad de la información es al menos anual			
	3.5.3 Difusión de la información	3.5.3 a Los indicadores del sistema de vigilancia se difunden periódicamente a:	3.5.3.a.1 Personal médico		Evidencia escrita o informática de la divulgación periódica de los indicadores
			3.5.3.a.2 Personal de enfermería		
			3.5.3.a.3 Otros destinatarios identificados como relevantes		
			3.5.3.a.4 Pacientes y familiares		
3.5.3.b Información actualizada está disponible y es conocida en todos los servicios involucrados en la vigilancia			Los indicadores se encuentran disponibles en los servicios involucrados. El personal del sector está en conocimiento de los mismos		
3.5.3.c Existen informes periódicos de los indicadores		Reportes a las autoridades de la institución			

3. Sistema de vigilancia

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		del sistema de Vigilancia, con una frecuencia al menos semestral, a los niveles de decisión del hospital (interna)		con la evolución de los indicadores del PPCI
		3.5.3.d Existen informes periódicos de los indicadores del sistema de Vigilancia a las autoridades del nivel local (externa)		Reportes a las autoridades del nivel local (ej. Dirección de Epidemiología, Sistema VIHDA) con la evolución de los indicadores más relevantes del PPCI
		3.5.3.e Existen informes periódicos de los indicadores del sistema de Vigilancia a las autoridades del nivel nacional (externa)		
		3.5.3.f Se establece un sistema de comparación		
		3.5.3.f.1 Interno		Registros de las comparaciones internas a través de gráficos de tendencia temporal
		3.5.3.f.2 Externo		Registros de las comparaciones externas a través percentilos o Razón Estandarizada de Infección

Número de indicadores en la sección: 54

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
4.1 Estrategias para aumentar la adherencia a la higiene de manos	4.1.1 Definición de momentos, elementos usados, y técnica recomendada para la higiene de manos	4.1.1.a Las recomendaciones se basan en los 5 momentos propuestos por la Organización Mundial de la Salud		Guía y/o procedimiento escrito para la Higiene de Manos conteniendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud o una adaptación de las mismas (5 momentos, Estrategia multimodal.	
		4.1.1.b La estrategia contempla para su implementación la propuesta multimodal de la Organización Mundial de la Salud	4.1.1.b.1 Existe un sistema definido como preferencial para la higiene de manos (ej alcohol-gel)		La institución ha definido el sistema de higiene de manos en base a productos de base-alcohólica
			4.1.1.b.2 Existe el compromiso formal de las autoridades de la institución con la política de higiene de manos		Existe evidencia formal del compromiso de las autoridades de la institución con la política de la higiene de manos (ej. cartelera en los puntos de contacto con pacientes y visitas)
			4.1.1.b.3 Existe un programa de capacitación en la técnica de higiene de manos		Registros de la capacitación brindada al personal de salud sobre higiene de manos
			4.1.1.b.4 Existe un sistema de monitoreo periódico y devolución del nivel de adherencia a la higiene de manos		Reportes periódicos por sector y tipo de profesional sobre el nivel de adherencia a la higiene de manos
			4.1.1.b.5 Existen un sistema de recordatorios en los puntos de uso que estimula la adherencia a la higiene de manos		Cartelera dispuesta en los puntos de uso (dispensadores de alcohol-gel, lavatorios)
4.1.1.c Se involucra a los pacientes, familiares y visitas en la higiene de manos		Evidencia del compromiso de los pacientes, familiares y visitas en la higiene de manos			
4.2 Estrategias para la aplicación de precauciones de aislamiento para las patologías infecciosas	4.2.1. Medidas de aislamiento de contacto	4.2.1.a Ubicación del paciente en habitación individual		Guía y/o procedimiento escrito para la Prevención de la Transmisión de Infecciones conteniendo las recomendaciones sobre aislamiento de contacto, los elementos requeridos las	
		4.2.1.b Ubicación de los pacientes por cohorte			
		4.2.1.c Disponibilidad de guantes/manoplas para uso exclusivo con el paciente			

IE-2018-33904758-APN-DNCSYS#MS

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
de importancia		4.2.1.d Disponibilidad de camisolines para uso exclusivo con el paciente		medidas de protección para el traslado del paciente a otros sectores y las situaciones en que esta medida está indicada. Mediciones sobre el nivel de adherencia a las medidas de aislamiento de contacto
		4.1.2.a.5 Elementos de uso exclusivo por paciente (ej. tensiómetros, estetoscopios, antisépticos y otros insumos)		
	4.2.2 Medidas de aislamiento respiratorio-gotas	4.2.2.a Disponibilidad de barbijos comunes para uso exclusivo con el paciente		Guía y/o procedimiento escrito para la Prevención de la Transmisión de Infecciones conteniendo las recomendaciones sobre aislamiento respiratorio-gotas, los elementos requeridos, las medidas de protección para el traslado del paciente a otros sectores y las situaciones en que esta medida está indicada. Mediciones sobre el nivel de adherencia a las medidas de aislamiento respiratorio-gotas
		4.2.3 Medidas de aislamiento respiratorio-aéreo	4.2.3.a Disponibilidad de barbijos N95	
		4.2.3.b Habitaciones con Presión Negativa o filtros HEPA portátiles		
	4.3 Medidas preventivas para el uso seguro de dispositivos	4.3.1 Medidas para prevenir las infecciones asociadas a accesos vasculares	4.3.1.a Recomendaciones para la colocación de accesos vasculares centrales	Evitar el uso de la vía femoral (salvo pediatría)
Uso de barreras amplias para su colocación				
Antisepsia de piel con clorhexidina-alcohólica				
4.3.1.b Recomendaciones para el mantenimiento			Revisión diaria de la necesidad de continuar con el acceso vascular	
Antisepsia periódica del sitio de				

IP-2018-0904758-APN-DNEC66YBS#MS

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		de accesos vasculares centrales	inserción con clorhexidina-alcohólica	
			Curación y manipulación del circuito con técnica aséptica	
		4.3.1.c Frecuencia del cambio de accesos periféricos		
		4.3.1.d Frecuencia del cambio de guías (tubuladuras)		
		4.3.1.e Procedimiento para la toma de cultivos, transporte y conservación frente a la sospecha del dispositivo como fuente de infección		
		4.3.1.f Administración de medicación en forma segura (sólo una jeringa, una aguja, un vial único y desinfección del puerto de administración)		
	4.3.2 Medidas para prevenir las infecciones asociadas a catéteres urinarios	4.3.2.a Recomendaciones para su colocación	Colación con técnica aséptica	
			Uso de barreras para su colocación	
		4.3.2.b Recomendaciones para su mantenimiento	Revisión diaria de la necesidad continuar con el catéter urinario	
			Mantenimiento del circuito cerrado permanentemente	
			Manipulación del circuito con técnica aséptica	
			Bolsa recolectora permanentemente debajo del nivel de la vejiga	
		Vaciamiento la bolsa con higiene de manos y uso de guantes/manoplas		
	4.3.2.c Procedimiento para la toma de cultivos, transporte y conservación frente a la sospecha del dispositivo como fuente de infección			
	4.3.3 Medidas para prevenir las infecciones asociadas a	4.3.3.a Recomendaciones para un manejo seguro de la	Vacación diaria de la sedación	
			Cabecera a 35-45 grados	
			Higiene bucal con clorhexidina	

IE-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
	ventilación mecánica	ventilación mecánica	Cambio de circuitos entre pacientes	mantenimiento de la posición de la cabecera del paciente, higiene bucal, vacunas de sedación, inicio de destete y técnicas para la toma de cultivos. Mediciones sobre el nivel de adherencia a los paquetes de medidas
			Manipulación del circuito del respirador con técnica aséptica (ej. aspiración de secreciones)	
			4.3.3.b Procedimiento para la toma de cultivos, transporte y conservación frente a la sospecha del dispositivo como fuente de infección	
4.4 Medidas preventivas para reducir el riesgo de infecciones de sitio quirúrgico	4.4.1 Evaluación del riesgo pre-quirúrgico del paciente	4.4.1.a Evaluación médica pre-quirúrgica		Guía y/o procedimiento escrito para prevenir las infecciones de sitio quirúrgico. Registro de las evaluaciones pre-quirúrgicas de los pacientes sometidos al menos a procedimientos quirúrgicos con anestesia general
		4.4.1.b Evaluación anestésica pre-quirúrgica		
		4.4.1.c Firma del consentimiento informado		
	4.4.2 Preparación pre-operatoria del paciente	4.4.2.a Pesquisa de portación de SAMR en pacientes sometidos a cirugías ortopédicas y cardiovasculares		Guía y/o procedimiento escrito para prevenir las infecciones de sitio quirúrgico, conteniendo las recomendaciones para la preparación pre-operatoria del paciente. Mediciones del nivel de cumplimiento de estas medidas
		4.4.2.c Baño pre-quirúrgico normatizado		
		4.4.2.d Marcación del sitio quirúrgico cuando corresponda		
		4.4.2.e Manejo del vello en la zona quirúrgica		
	4.4.3 Preparación pre-quirúrgica	4.4.3.a Aplicación de la lista de verificación quirúrgica		Guía y/o procedimiento escrito para prevenir las infecciones de sitio quirúrgico, conteniendo las recomendaciones para la preparación pre-quirúrgica. Mediciones del nivel de cumplimiento de estas medidas
		4.4.3.b Higiene de manos por parte del personal quirúrgico con productos de base alcohólica		
		4.4.3.c Antisepsia de piel con productos de base alcohólica		
		4.4.3.d Recomendaciones para la profilaxis antimicrobiana quirúrgica especificando: indicación, tipo, momento, dosis, vía y duración		
		4.4.3.e Recomendaciones para la realización segura de anestesia peridural/raquídea		
		4.4.3.f Recomendaciones para la administración segura de medicación anestésica endovenosa		
4.4.3.g Recomendaciones para la administración segura de				

IE-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		medicación anestésica inhalatoria		
	4.4.4 Procedimiento quirúrgico	4.4.4.a Mantenimiento de normotermia ($\geq 36^{\circ}\text{C}$) en determinados procedimientos quirúrgicos (ej. Cirugía colorectal)		Guía y/o procedimiento escrito para el mantenimiento de la normotermia del paciente. Registros en la hoja de anestesia de los controles de temperatura
	4.4.5 Planta quirúrgica	4.4.5.a Control de temperatura y humedad (20°C a 23°C , 30% a 60%, respectivamente)		Registros y frecuencia de mantenimiento de las salas quirúrgicas evidenciando los distintos puntos de control: temperatura y humedad; recambios de aire; presión positiva; mantenimiento de los filtros de alta eficiencia y pre-filtros
		4.4.5.b Control de recambios de aire (15 recambios de aire por hora de los cuales al menos 3 deben ser aire nuevo)		
		4.4.5.c Control de presión positiva		
		4.4.5.d Control periódico de los filtros de alta eficiencia		
			4.4.5.e Restricción de la circulación innecesaria de personal durante el procedimiento	
		4.4.5.f Recomendaciones sobre la limpieza de quirófanos (alcance y frecuencia)		Registros del procedimiento de limpieza llevado a cabo en los quirófanos entre procedimientos y al final del día
	4.4.6 Vestimenta	4.4.6.a Recomendaciones para el uso de abito quirúrgico no estéril dentro del área quirúrgica		Guía y/o procedimiento escrito sobre el uso de vestimenta en el área quirúrgica y fuera de ella (ambos, gorros, barbijos, calzados, camisolines, guantes).
		4.4.6.b Recomendaciones para el uso de barbijo quirúrgico		
		4.4.6.c Recomendaciones para el uso de cofia (gorro) quirúrgico		
		4.4.6.d Recomendaciones para el uso de cubrecalzados o calzado dedicado al área quirúrgica		
		4.4.6.e Recomendaciones para el uso de guantes estériles durante el acto quirúrgico		
		4.4.6.f Uso de camisolines estériles adecuados al cada tipo de procedimiento (ej. impermeables y hidro-hemo-alcohol repelentes)		

IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
		4.4.6.g Uso de campos quirúrgicos amplios, estériles e impermeables (hidro-hemo-alcohol repelentes)		Guía y/o procedimiento escrito sobre el uso de campos estériles en el área quirúrgica	
	4.4.7 Preparación del material	4.4.7.a La mesa de cirugía se arma inmediatamente antes del inicio del procedimiento dentro de la sala de operaciones		Guía y/o procedimiento escrito sobre la forma en que se prepara el material al inicio de una cirugía	
		4.4.7.b Todo material considerado como crítico es sometido a los procesos de esterilización correspondientes			
		4.4.7.c NO se utiliza el método Flash como técnica habitual de esterilización		Manual y/o procedimientos de esterilización y desinfección de alto nivel, especificando las situaciones en que se recurre a Flash	
		4.4.7.d NO se realiza desinfección de alto nivel para la preparación de materiales considerados críticos (ej. laparoscopios, artroscopios)		Manual y/o procedimientos de esterilización y Desinfección de Alto Nivel, especificando las situaciones en que se puede llevar a cabo Desinfección de Alto Nivel	
	4.4.8 Cuidados post-quirúrgicos	4.4.8.a Protocolo de normoglucemia (<200 mg/dL) en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular		Recomendaciones escritas para el mantenimiento de la normoglucemia del paciente. Registros en la historia clínica de los controles de glucemia a las 08:00 hs del día 0; 1 y 2 post-quirúrgicos	
		4.4.8.b Recomendaciones para el cuidado post-operatorio de la herida quirúrgica y sus drenajes		Guía y/o procedimiento escrito para el cuidado post-operatorio de la herida quirúrgica y sus drenajes	
4.5 Estrategias para la gestión del uso de antimicrobianos	4.5.1 Existe un programa formal para la gestión del uso de antimicrobianos	4.5.1.a Cuenta con personal dedicado especialmente para su desarrollo, ejecución y monitoreo		Programa escrito para la gestión del uso de antimicrobianos a nivel institucional. Registro de los integrantes del equipo	
		4.5.1.b El equipo está integrado por	4.5.1.b.1 Médico especialista en Infectología		
			4.5.1.b.2 Farmacéutico		
			4.5.1.b.3 Microbiólogo		
			4.5.1.b.4 Médicos de representantes de otras especialidades/servicios		

IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		4.5.1.b.5 Enfermero en Control de Infecciones		
		4.5.1.c Desarrollo y/o adaptación de guías clínicas para el uso de antimicrobianos		Guías para el manejo de antimicrobianos en las situaciones clínicas más frecuentes
	4.5.2 Guía para el uso de antimicrobianos en profilaxis quirúrgica	4.5.2.a Administración del antibiótico dentro de los 60 minutos previos al inicio de la cirugía (preferentemente en la inducción anestésica), salvo la vancomicina que requiere goteo previo de 1 hora		Guía para el uso de antimicrobianos en profilaxis quirúrgica. Monitoreo de las tasas de adherencia a la guía de profilaxis (ej. tasa de antimicrobianos administrados dentro de los 60 minutos previos al inicio de la cirugía, tasa de antimicrobianos suspendidos dentro de las 24 hs post-quirúrgicas)
		4.5.2.b Administración de refuerzo intra-operatorio cuando este esté indicado		
		4.5.2.c Interrupción de la profilaxis quirúrgica dentro de las 24 hs post-operatorias en el caso de requerirse dosis post-quirúrgica (salvo trasplante de órgano sólido)		
	4.5.3 Medidas adicionales	4.5.3.a Generación y difusión de antibiograma por microorganismo y por sector		Registros de los reportes de sensibilidad por microorganismos y por sector
		4.5.3.b Se optimiza el uso de los antimicrobianos a través de una dosificación ajustada (dosis de carga, ajuste renal, ajuste por función hepática, infusiones prolongadas)		Guía para la optimización de la dosificación de antimicrobianos
		4.5.3.c Se monitorean las concentraciones plasmáticas de ciertos antimicrobianos (ej. vancomicina; aminoglucósidos; itraconazol; voriconazol; posaconazol)		Guía para el monitoreo terapéutico de antimicrobianos
		4.5.3.d Sistemas de control para la dispensación de antimicrobianos (ej. formularios, interconsulta requerida, auto-stop de profilaxis quirúrgica)		Evidencia de los sistemas de control implementados para la dispensación de antimicrobianos
		4.5.3.e Sistema para la identificación de interacciones medicamentosas y potenciales eventos adversos		Reportes de farmacovigilancia relacionados a eventos adversos potenciales asociados al uso de antimicrobianos
		4.5.3.f Sistema de indicadores asociado al consumo de antimicrobianos (ej. consumo, costos, errores, eventos adversos)		Reportes de indicadores asociados al consumo de antimicrobianos
		4.5.3.g Fraccionamiento de	4.5.3.g.1 El fraccionamiento de medicamentos se realiza en base a	

IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		antimicrobianos	un procedimiento definido	
			4.5.3.g.2 Los medicamentos se fraccionan bajo campana de flujo laminar	Existencia de campana de flujo laminar operativa
			4.5.3.g.3 Existen registros correspondientes a la eficiencia del flujo laminar (cultivos de vigilancia, recuento de partículas)	Registros de los cultivos de vigilancia y/o recuento de partículas periódicos
			4.5.3.g.4 Existen registros correspondientes al mantenimiento del flujo laminar	Registros correspondientes al mantenimiento del flujo laminar
			4.5.3.g.5 Todos los medicamentos fraccionados tienen fecha y hora de dilución + fecha y hora de validez / caducidad	Evidencia de que los medicamentos fraccionados tienen fecha y hora de dilución + fecha y hora de validez / caducidad
4.6 Estrategias para la gestión del uso de antisépticos	4.6.1 La institución utiliza antisépticos fraccionados en origen	4.6.1.a Los antisépticos se dispensan en dosis individuales		Características de los envases con antisépticos
		4.6.1.b Los antisépticos se dispensan en envases adecuados (no se usa tapa a rosca y poseen sistema de aplicación ej. inserto)		
	4.6.2 La institución fracciona sus antisépticos	4.6.2.a El fraccionamiento de antisépticos se lleva a cabo en base a un procedimiento pre-establecido		Procedimiento escrito sobre la metodología empleada en la institución para fraccionar antisépticos
		4.6.2.b El fraccionamiento se lleva a cabo en forma centralizada en un área específicamente dedicada a esta tarea		Área dedicada para el fraccionamiento de antisépticos
		4.6.2.c El fraccionamiento se lleva a cabo en condiciones de ambiente controlado		Registros de calidad del aire
		4.6.2.d El personal a cargo del proceso ha recibido la capacitación necesaria para llevarlo a cabo		Registros de capacitación del personal
		4.6.2.e Los envases utilizados para el fraccionamiento han sido sometidos a un proceso de limpieza		Registro del proceso de limpieza a que han sido sometidos los envases
4.6.2.f Los envases utilizados son adecuados para la dispensación de los antisépticos (no se usa tapa a rosca y		IF-2018-03904758-AR-AR-DNCS-SYRS#MS Características de los envases con antisépticos		

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		poseen sistema de aplicación ej. inserto)		
		4.6.2.g El producto terminado tiene su identificación correspondiente y su fecha de vencimiento		Evidencia de los datos de la etiqueta del producto terminado
		4.6.2.h El producto terminado se almacena en un lugar adecuado		Almacenamiento del producto terminado

Número de indicadores en la sección: 104

5. Esterilización y Desinfección de Alto Nivel

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
5.1 Manuales, normas o procedimientos para el reprocesamiento de productos de uso médico	5.1.1 Estandarización de los procedimientos para el reprocesamiento de productos de uso médico	5.1.1.a Existen procedimientos escritos que definen las distintas etapas del reprocesamiento de productos de uso médico a través de esterilización y desinfección de alto nivel		Manual y/o procedimientos de la Central de Esterilización	
5.2 Métodos de esterilización	5.2.1 Pre-lavado	5.2.1.a El proceso de pre-lavado se encuentra estandarizado aun cuando este se realice fuera de la central de esterilización		Procedimiento escrito del proceso de pre-lavado	
		5.2.1.b El proceso de lavado se lleva a cabo en la central de esterilización o bien es supervisado directamente por personal de la misma		Procedimiento escrito del proceso de lavado.	
			5.2.1.c Se usan productos adecuados para el lavado de los materiales (ej. detergentes enzimáticos)		Procedimiento escrito del preparado de los detergentes enzimáticos usados durante el proceso de lavado
			5.2.1.d Se aplican estrategias (ej. control visual, indicadores de proceso) que permiten asegurar la calidad del proceso de lavado		Registro de los indicadores de proceso o bien registro escrito del control visual del proceso
	5.2.3 Acondicionado	5.2.3.a El material es acondicionado de acuerdo a las características del mismo y al proceso de esterilización al que será sometido (ej. cajas fenestradas para uso en autoclaves, uso de empaques de papel sin memoria en todos los empaques de papel, empaque sin celulosa para esterilización por plasma)		Procedimiento escrito del proceso de acondicionamiento del material	
	5.2.4 Métodos de esterilización	5.2.4.a Los métodos de esterilización se adaptan a las particularidades de cada material		Procedimiento escrito del proceso de esterilización	
		5.2.4.b Se utilizan sólo métodos de esterilización comprobadamente eficaces (ej. autoclaves de vapor, autoclaves de formal, óxido de etileno en equipo automatizado, plasma de peróxido de hidrógeno en equipo automatizado)			
		5.2.4.c Los procesos de esterilización son	5.2.4.c.1 Se llevan a cabo controles paramétricos luego de cada ciclo		Registro de los controles paramétricos de cada ciclo

IFE-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

5. Esterilización y Desinfección de Alto Nivel

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
		controlados para garantizar su resultado	5.2.4.c.2 Se usan controles químicos individuales		Registro de los controles químicos individuales
		5.2.4.c.3 Se usan controles biológicos al menos una vez por semana, según indicación para cada método		Registro de los controles biológicos	
	5.2.5 Almacenamiento	5.2.5.a Todos los paquetes se encuentran etiquetados con fecha de proceso y fecha de vencimiento y están dentro del período de vigencia		Verificación del etiquetado y fecha de vencimiento de los paquetes estériles	
		5.2.5.b Los envases ubicados en el depósito de material estéril están indemnes y son apropiados al método de esterilización utilizado		Verificación del estado y tipo de envoltorio de acuerdo al método de esterilización utilizado	
	5.2.6 Los procesos se realizan en equipos que funcionan bien	5.2.6.a Existe un programa de mantenimiento preventivo de los equipos de esterilización		Registros de los mantenimientos preventivos de los equipos de esterilización	
	5.2.7 Reuso de productos médicos de un solo uso	5.2.7.a Existe un procedimiento escrito para el reuso de productos médicos de un solo uso		Procedimiento escrito del proceso de reuso de productos médicos de un solo uso que incluya número máximo de reusos, control de calidad y funcionalidad del producto reusado y trazabilidad	
		5.2.7.b La institución tiene un mecanismo formal que determina que productos médicos pueden reusarse		Registro accesible a los usuarios de la institución de los productos médicos de un solo uso que pueden ser reusados	
		5.2.7.c Se evalúa que el costo de reproceso sea inferior al costo de adquisición del producto médico		Procedimiento escrito del proceso de reuso de productos médicos de un solo uso que incluya número máximo de reusos, control de calidad y funcionalidad del producto reusado y trazabilidad	
		5.2.7.d Se define el número máximo de reusos para estos productos médicos			
		5.2.7.e Se establecen pautas que aseguren que el proceso de esterilización seleccionado no altere la funcionalidad del producto médico			
		5.2.7.f Existe un proceso manual o informatizado que asegure la trazabilidad del producto médico a través de los distintos usos			Evidencia de la trazabilidad de los productos médicos reusados a través de los distintos reusos
	5.2.8 Recepción de	5.2.8.a Existe un procedimiento escrito que determina las		IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS Procedimiento escrito que define las	

5. Esterilización y Desinfección de Alto Nivel

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
	materiales de ortopedias	pautas de recepción del material provenientes de las ortopedias		condiciones en que se debe recibir el material de las ortopedias y los procesos que se siguen luego de su recepción (ej. reprocesamiento del material)
		5.2.8.b Se realiza control sistemático y centralizado de las condiciones en que son recibidos los elementos desde las ortopedias		
		5.2.8.c Independientemente que el material proveniente de las ortopedias se reciba estéril, el mismo es reprocesado en la institución antes de ser utilizado en quirófano		
5.3 Métodos de desinfección de alto nivel	5.3.1 Estandarización de la desinfección de alto nivel	5.3.1.a El proceso de desinfección de alto nivel se lleva a cabo en la central de esterilización o bien es supervisado directamente por personal de la misma		Procedimiento escrito del proceso de Desinfección de Alto Nivel para los materiales semi-críticos de toda la institución
		5.3.1.b Los endoscopios son trasladados en forma segura desde el lugar de uso hasta el lugar de reproceso		
		5.3.1.c Antes de iniciar el proceso de desinfección se realiza la prueba de fuga de los endoscopios		
		5.3.1.d Se utilizan sólo métodos de desinfección de alto nivel comprobadamente eficaces (ej. desinfección con glutaraldehido; orthophtalaldehido [OPA]; ácido peracético)		
	5.3.2 Los procesos de desinfección de alto nivel son controlados para garantizar su resultado	5.3.2.a En el caso de reprocesamiento manual el lavado del canal interno se encuentra protocolizado		Registro escrito de los tiempos de exposición de los materiales médicos a los desinfectantes
		5.3.2.b Existe control del tiempo de exposición apropiado al desinfectante en cada ciclo		
		5.3.2.c Se utiliza un indicador químico para titular la concentración desinfectante al menos una vez por semana		

Número de indicadores en la sección: 30

6. Microbiología

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
6.1 Capacidad de diagnóstico	6.1.1 El establecimiento tiene acceso a identificación de los agentes microbianos más relevantes asociados a las IACS	6.1.1.a Identificación bacterias aeróbicas hasta nivel de especie		Manual y/o procedimientos del Laboratorio de Microbiología describiendo los procesos para la identificación de los microorganismos requeridos	
		6.1.1.b Identificación de <i>M. tuberculosis</i>			
		6.1.1.c Identificación de <i>Candida</i>			
		6.1.1.d Identificación de antígeno y toxina para <i>C. difficile</i>			
		6.1.1.e Identificación de hongos filamentosos			
		6.1.1.f Identificación agentes virales: hepatitis, VIH adenovirus, influenza, virus respiratorio sincicial, rotavirus			
	6.1.2 Cuenta con capacidad para identificar rutinariamente la susceptibilidad a antimicrobianos de los agentes aislados y sus mecanismos de resistencia	6.1.2.a Identifica patrones de sensibilidad a los agentes más frecuentes de las IACS		Reportes de sensibilidad para los distintos microorganismos requeridos.	
		6.1.2.b <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilina			
		6.1.2.c <i>Enterococcus</i> resistente a vancomicina		Identificación de los mecanismos de resistencia	
		6.1.2.d Enterobacterias productoras de Betalactamasas de Espectro Extendido			
		6.1.2.e Enterobacterias productoras de carbapenemasas			
		6.1.2.f Enterobaterias productoras de metalobetalacatamasas			
6.2 Control de calidad	6.2.1 Las actividades de microbiología son evaluadas periódicamente con controles internos y externos	6.2.1.a Mantienen registros de control de calidad en identificación de agentes y estudios de susceptibilidad antimicrobiana siguiendo estándares de NCCLS u otros		Registro de los controles de calidad	
		6.2.1.b Se somete a un control de calidad externo al menos una vez por año			
6.3 Normas de toma y envío de muestras	6.3.1 Las técnicas y procedimientos se encuentran estandarizados	6.3.1.a Existen procedimientos definidos para la toma, envío y eventual conservación de muestras, actualizado al menos cada 3 años	6.3.1.a.1 Hemocultivos		Procedimiento escrito para la toma, envío y eventual conservación de muestras de hemocultivo
			6.3.1.a.2 Urocultivos		Procedimiento escrito para la toma, envío y eventual conservación de muestras de urocultivo
			6.3.1.a.3 Cultivos de muestras respiratorias		Procedimiento escrito para la toma, envío y eventual conservación de muestras

IF-2018-33904758-APN-DNCSSYS#MS

6. Microbiología					
Componentes	Características	Indicadores		Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
					respiratorias
		6.3.1.b Los protocolos se encuentran adecuadamente difundidos			Evidencia de acceso a los protocolos por parte de los profesionales de los distintos servicios (médicos, enfermeros, técnicos)
6.4 Información microbiológica	6.4.1 Análisis de la información clínica y reporte a sistemas externos	6.4.1.a Informe de los agentes responsables de las IACS de acuerdo al tipo de muestra y servicios de donde provienen al menos una vez al año			Reporte de los agentes responsables de las IACS de acuerdo al tipo de muestra a los distintos servicios
		6.4.1.b Informe de los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos de los agentes etiológicos de importancia al menos una vez al año			Reporte de los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos de los agentes etiológicos de importancia
		6.4.1.c Reporta sus datos a redes externas (ej. VIHDA, WHONET)			Conexión operativa a Sistema VIHDA, WHONET o sistema similar

Número de indicadores en la sección: 21

7. Ambiente hospitalario y saneamiento ambiental

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
7.1 Condiciones de la planta física	7.1.1 Existen condiciones estructurales básicas para la Prevención y Control de las IACS	7.1.1.a Higiene de manos	7.1.1.a.1 Dispensadores de alcohol-gel accesibles en todos los puntos de atención		Existencia de dispensadores accesibles en los puntos de uso (ej. office de enfermería, habitación del paciente, consultorios, quirófanos)
			7.1.1.a.2 Lavamanos accesibles para la higiene de manos visiblemente sucias con jabón e insumos para el secado de manos como complemento de alcohol-gel en las áreas de atención de pacientes		Existencia de lavamanos accesibles en los puntos de uso (ej. office de enfermería, habitación del paciente, consultorios, quirófanos)
			7.1.1.a.3 Lavamanos operativos y con insumos accesibles en todas las áreas de preparación de medicamentos y procedimientos invasivos		
		7.1.1.b Espacio mínimo	7.1.1.b.1 Separación de un metro o más en habitaciones compartidas		Evidencia de que la recomendación se cumple
			7.1.1.b.2 Separación de un metro o más entre cunas en neonatología		Evidencia de que la recomendación se cumple
			7.1.1.b.3 Separación de un metro o más entre camas en unidades de cuidados intensivos		Evidencia de que la recomendación se cumple
		7.1.1.c Supervisión por parte del equipo de Prevención y Control de Infecciones en caso de remodelación o construcción en áreas donde se realizan actividades de importancia clínica		Procedimiento escrito que guía las remodelaciones/construcciones en las áreas de atención a pacientes. Registro escrito de la supervisión llevada a cabo por el personal de Prevención y Control de Infecciones	
		7.1.1.d Existen condiciones para el aislamiento individual de pacientes inmunocomprometidos	7.1.1.d.1 Existen habitaciones para el aislamiento individual de pacientes inmunocomprometidos con lavamanos operativos, insumos y puertas cerradas		Habitaciones destinadas al aislamiento individual de pacientes inmunocomprometidos con los elementos necesarios
			7.1.1.d.2 Las habitaciones cuentan con presión positiva que de		IF-2018-03904758-AR-AR-DN-GSS-YRS#MS Registro de los controles de presión positiva de la habitación

7. Ambiente hospitalario y saneamiento ambiental

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
			monitorea diariamente	
			7.1.1.d.3 Las habitaciones cuentan con aire filtrado de alta eficiencia	Registros del mantenimiento de los filtros de alta eficiencia y de los controles de calidad del aire
		7.1.1.e Existen condiciones para el aislamiento individual de pacientes con microorganismos potencialmente transmisibles por vía respiratoria-área (ej. tuberculosis, sarampión, varicela-zoster)	7.1.1.e.1 Existen habitaciones para el aislamiento individual de estos pacientes con lavamanos operativos, insumos y puertas cerradas	Habitaciones destinadas al aislamiento individual de pacientes con infecciones transmisibles por vía respiratoria-área con los elementos necesarios
			7.1.1.e.2 Las habitaciones cuentan con presión negativa que se monitorea diariamente	Registro de los controles de presión negativa de la habitación
			7.1.1.e.3 En el caso de no contar con filtros HEPA, el aire que sale de estas habitaciones es enviado directamente al exterior a través de extractor (no es reciclado a otro sector)	La salida exterior del aire de estas habitaciones está por encima de la tomas de aire del resto de las habitaciones
			7.1.1.e.4 En el caso que el aire extraído de la habitación sea reciclado el mismo es sometido a filtrado de alta eficiencia (filtro HEPA)	Registros del mantenimiento de los filtros de alta eficiencia y de los controles de calidad del aire
7.2 Condiciones de higiene ambiental	7.2.1 Manejo de los residuos	7.2.1.a El personal que manipula desechos utiliza barreras protectoras (ej. guantes gruesos impermeables, cobertores de ojos si existe la posibilidad de salpicadura durante las actividades		El personal cuenta con la vestimenta adecuada y la usa rutinariamente durante su tarea
		7.2.1.b Residuos comunes	7.2.1.b.1 Los residuos son dispuestos en recipientes con tapa claramente identificados con bolsas especiales destinadas a tal fin	Recipientes para residuos no patogénicos accesibles en los puntos de uso
		7.2.1.c Residuos patogénicos	7.2.1.c.1 Los residuos son dispuestos en recipientes con tapa claramente identificados con bolsas especiales destinadas a tal fin	Recipientes para residuos patogénicos accesibles en los puntos de uso
			7.2.1.c.2 El manejo del material corto punzante se realiza en forma de prevenir accidentes corto-punzantes	Procedimiento escrito para la manipulación segura de materiales cortopunzante en los puntos de uso que

IF-2018-35001738-AN-DC-SS-PR-MS

7. Ambiente hospitalario y saneamiento ambiental

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
		7.2.1.c.3 El descarte del material corto-punzante se realiza en recipientes: impermeables, resistentes a las punciones y con tapas que impide la introducción accidental de la mano dentro del mismo		Recipientes para el descarte de material corto-punzante accesibles en los puntos de uso	
	7.2.2 Limpieza	7.2.2.a Se han definido los productos usados para la limpieza de los distintos sectores y los mismos se utilizan de acuerdo a las indicaciones del fabricante		Listado de productos utilizados. Almacenamiento de los mismos. Rotulación de los envases con identificación de producto y fecha de reconstitución y vencimiento	
		7.2.2.b Existe un procedimiento escrito y éste ha sido difundido para el manejo de derrames de líquidos biológicos		Procedimiento escrito para el manejo de derrame de líquidos biológicos. Entrevistas con el personal de los sectores	
		7.2.2.c Área quirúrgica	7.2.2.c.1 Existe un procedimiento escrito para la limpieza del área quirúrgica		Procedimiento escrito para la limpieza del área quirúrgica definiendo los productos utilizados, el alcance y la frecuencia. Registro escrito de las limpiezas realizadas
			7.2.2.c.2 El procedimiento define el alcance de la limpieza entre cirugías y al finalizar el día quirúrgico		
			7.2.2.c.3 El procedimiento define la frecuencia de la limpieza de determinadas áreas dentro de la planta quirúrgica		
		7.2.2.d Habitaciones	7.2.2.d.1 Existe un procedimiento escrito para la limpieza diarias y terminal de las habitaciones		Procedimiento escrito para la limpieza de las habitaciones definiendo los productos utilizados, el alcance y la frecuencia.
			7.2.2.d.2 Existe un procedimiento definido para el empleo de lavandina al 10% para la limpieza de habitaciones de pacientes con <i>Clostridium difficile</i>		Procedimiento escrito para la limpieza de las habitaciones con pacientes con diarrea por <i>Clostridium difficile</i> . Utilización de productos clorados en la limpieza terminal del resto de las habitaciones cuando existen casos de diarrea por <i>Clostridium difficile</i> en la institución
			7.2.2.d.3 La limpieza es monitoreada		IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS Registros del indicador empleado para el

7. Ambiente hospitalario y saneamiento ambiental

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
		periódicamente a través de algún tipo de indicador (ej. marcador fluorescente, bioluminiscencia)		monitoreo de la limpieza de las habitaciones y su equipamiento	
	7.2.3 Manejo de la ropa	7.2.3.a Existe un procedimiento escrito para el manejo de la ropa de cama		Procedimiento escrito para el manejo de la ropa de cama	
		7.2.3.b El procedimiento contempla el uso de productos específicos para la desinfección de la ropa de cama durante el proceso de lavado		Procedimiento escrito para el lavado de la ropa de cama, definiendo el tipo y secuencia de los productos usados durante el proceso	
		7.2.3.c Ropa limpia	7.2.3.c.1 La ropa de cama limpia es transportada en contenedores cerrados por un circuito distinto al de la ropa sucia		Circuito de transporte de la ropa limpia. Tipo de contenedores usados para su transporte
			7.2.3.c.2 La ropa limpia es almacenada en lugares adecuados de modo total de evitar su contaminación		Revisión de las áreas de depósito de ropa limpia en los sectores de uso
		7.2.3.d Ropa sucia	7.2.3.d.1 La ropa de cama sucia es transportada en contenedores cerrados por un circuito distinto al de la ropa limpia		Circuito de transporte de la ropa sucia. Tipo de contenedores usados para su transporte
			7.2.3.d.2 El personal que clasifica la ropa sucia utiliza barreras protectoras (ej. guantes gruesos impermeables, calzado resistente a pinchazos y barbijos para reducir el riesgo de exposición durante esta actividad)		El personal cuenta con la vestimenta adecuada y la usa rutinariamente durante su tarea
7.3 Alimentación	7.3.1 Alimentación general	7.3.1.a Existe un procedimiento escrito definido para el manejo de los alimentos, su preparación y distribución a los pacientes y el personal		Procedimiento escrito para el el manejo de los alimentos, su preparación y distribución a los pacientes y el personal	
		7.3.1.b Existen controles bromatológicos periódicos que garanticen la calidad de los alimentos consumidos en la institución		Registros bromatológicos realizados a los alimentos. Control periódico de salud del personal que realiza esta tarea	
		7.3.1.c Los controles son revisados por el personal de Prevención y Control de Infecciones		Evidencia de la revisión periódica de estos reportes por parte de personal de Prevención y Control de Infecciones	

IF-2018-3904758-APN-DNCCS YRS#MS

7. Ambiente hospitalario y saneamiento ambiental

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
		7.3.1.d Frente a la existencia de un brote de toxi-infección alimentaria entre los pacientes y/o el personal se analizan las comidas testigos conservadas en el área de cocina		Investigación de brotes relacionados con episodios de toxi-infección alimentaria entre los pacientes y/o el personal	
	Alimentación especial	Alimentación enteral	Existe un equipo profesional que determina los requerimientos nutricionales de los pacientes con alimentación enteral		Integrantes del equipo profesional (descripción de puestos)
			Existe una guía o procedimiento para el manejo de alimentación enteral		Guía y/o procedimiento escrito para el manejo de alimentación enteral
			La alimentación enteral es preparada en condiciones adecuadas		Sitio de preparación de la alimentación enteral
		Alimentación parenteral	Existe un equipo profesional que determina los requerimientos nutricionales de los pacientes con alimentación parenteral		Integrantes del equipo profesional (descripción de puestos)
			Existe una guía o procedimiento para el manejo de alimentación parenteral		Guía y/o procedimiento escrito para el manejo de alimentación parenteral
			La alimentación parenteral es preparada en condiciones adecuadas		Sitio de preparación de la alimentación parenteral
		Nutrición enteral y banco de leche humano	Inicio precoz de la dieta enteral		Guía y/o procedimiento escrito para el manejo de la leche materna
			La leche humana es ofertada solamente de las madres a sus propios niños		
			Hay disponibilidad de leche humana pasteurizada		

Número de indicadores en la sección: 46

8. Salud del personal				
Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
8.1 Actividades para la prevención de infecciones que se pueden transmitir entre pacientes y el personal de salud	8.1.1 Capacitación	8.1.1.a Existe capacitación del personal sobre inmunizaciones y las medidas para prevenir las exposiciones a fluidos biológicos ya materiales corto punzantes		Registro de las capacitaciones sobre inmunización y prevención de accidentes por exposición
	8.1.2 Existe un programa escrito de inmunizaciones para el personal que contemple:	8.1.2.a Programa para la inmunización anti-influenza anual para todo el personal de salud		Programa anual de inmunización antigripal
		8.1.2.b La cobertura de inmunización anti-influenza alcanza al menos el 80% de la población-objetivo		Registros de inmunización contra la gripe del personal
		8.1.2.c Programa para la inmunización anti-hepatitis B para todo el personal de salud con riesgo de exposición a fluidos		Programa de inmunización contra hepatitis B
		8.1.2.d La cobertura de inmunización anti- hepatitis B alcanza al menos el 80% de la población-objetivo		Registros de inmunización contra hepatitis B del personal
		8.1.2.e Programa para la inmunización anti-sarampión y anti-rubéola para todo el personal de salud		Programa de inmunización contra sarampión y rubéola
		8.1.2.f La cobertura de inmunización anti-sarampión y anti-rubéola alcanza al menos el 80% de la población-objetivo		Registros de inmunización contra sarampión y rubéola del personal
		8.1.2.g Programa para la inmunización anti-tetánica/anti-diftérica y anti-coqueluche para todo el personal de salud		Programa de inmunización anti-tetánica y anti-coqueluche para todo el personal de salud
		8.1.2.h La cobertura de inmunización anti-tetánica/anti-diftérica y anti-coqueluche alcanza al menos el 80% de la población-objetivo		Registros de inmunización anti-tetánica/anti-diftérica y anti-coqueluche del personal
		8.1.2.i Programa para la inmunización anti-hepatitis A para todo el personal involucrado en la preparación de alimentos y atención pediátrica		Programa de inmunización anti-hepatitis B para todo el personal de salud
		8.1.2.j La cobertura de inmunización anti- hepatitis A alcanza al menos el 80% de la población-objetivo		Registros de inmunización anti-hepatitis A del personal
	8.1.3 Reducción del riesgo y manejo de los accidentes por exposición a fluidos biológicos	8.1.3.a Se reduce el riesgo de exposición a fluidos a través del uso de precauciones estándar (ej. higiene de manos antes y después de tomar contacto con el paciente; uso de barreras físicas como guantes, camisolín y gafas)		Procedimiento para el uso de precauciones estándar
		8.1.3.b Se reduce el riesgo de accidentes corto-punzantes a través del uso de dispositivos de seguridad (ej. jeringas y catéteres periféricos con aguja retráctil) al menos para los		Accesibilidad a los dispositivos de seguridad (ej. jeringas y catéteres periféricos con aguja retráctil) en los

IF-2018-33904758-APN-DNCCSSYS#MS

8. Salud del personal

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		profesionales con alto nivel de exposición		lugares de uso
		8.1.3.c Existe un procedimiento para el manejo oportuno de las exposiciones a fluidos biológicos (ej. sangre) por lesiones corto-punzantes con artículos usados en pacientes		Procedimiento escrito para el manejo de accidentes por exposición conteniendo: estudio del accidentado y de la fuente, prevención de transmisión de hepatitis B y VIH y pautas de seguimiento
8.2 Vigilancia de las infecciones del personal potencialmente transmisibles para proteger al resto del personal expuesto y a los pacientes	8.2.1 Reducción del riesgo de transmisión de infecciones desde el personal a pacientes y colaboradores	8.2.1.a Existe un procedimiento para el manejo del personal con infecciones transmisibles que se supervisa y se cumple.		Procedimiento escrito para el manejo del personal con infecciones transmisibles con integración de Medicina laboral y Prevención y Control de Infecciones
		8.2.1.b Vigilancia de exposiciones laborales de importancia epidemiológica.		Registro de las exposiciones laborales de importancia epidemiológica

Número de indicadores en la sección: 16

9. Capacitación al personal y educación a pacientes y familiares

Componentes	Características	Indicadores		Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos	
9.1 Programa de capacitación para el personal de salud en Prevención y Control de IACS	9.1.1 Para profesionales del equipo de Prevención y Control de IACS	9.1.1.a Actualización en Prevención y Control de IACS	9.1.1.a.1 Asistencia a cursos, seminarios, o congresos científicos		Registro y/o certificados de la Asistencia a cursos, seminarios, o congresos científicos	
			9.1.1.a.2 Acceso a bibliografía especializada		Evidencia de acceso a bibliografía	
	9.1.2 Para todo el personal de salud en atención directa a pacientes (equipo clínico y de unidades de apoyo)	9.1.2.a Existe un programa de capacitación anual para todo el personal con actividades pre-establecidas que se cumple	9.1.2.b Inducción al ingreso	9.1.2.b.1 Importancia de las IACS en cuanto a su impacto en la morbi-mortalidad de los pacientes y los costos de salud		Registro de los contenidos de las inducciones realizadas
				9.1.2.b.2 Información sobre las metas y objetivos del PPCI		
				9.1.2.b.3 Capacitación en higiene de manos		
				9.1.2.b.4 Capacitación en el uso de las medidas de aislamiento		
				9.1.2.b.5 Capacitación sobre cómo reducir el riesgo de accidentes por exposición		
				9.1.2.b.6 Capacitación específica sobre las responsabilidades, según la función que cumple el personal, en relación con la Prevención y el Control de Infecciones		
				9.1.2.c Mantenimiento periódico	9.1.2.c.1 Actualización de los procedimientos referidos a la Prevención y Control de las IACS	
	9.1.2.c.2 Mantenimiento actualizado del esquema de inmunización para el personal					
9.1.3 Para grupos especiales	9.1.3.a Prevención y manejo de la exposición a sustancias potencialmente tóxicas usadas para prevención y control de IAAS (ej. óxido de etileno; glutaraldehído; orto-ftalaldehído;			Registro de los contenidos de las capacitaciones específicas realizadas		

IF-2018-33904758-APN-DNCSSTRS#MS

9. Capacitación al personal y educación a pacientes y familiares

Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Verificadores sugeridos
		formaldehído)		
9.2 Actividades de educación para el paciente y su familia	9.2.1 Tipo de estrategias educativas	9.2.1 a Educación incidental		Evidencia de la educación incidental
		9.2.1.b Charlas comunitarias sobre la prevención de infecciones		Evidencia de las charlas impartidas
		9.2.1. c Entrega de material impreso medidas que ayudan a prevenir infecciones		Material impreso entregado a los pacientes y/o familiares
		9.2.1.d Educación a través de videos informativos		Videos educativos
		9.2.1.e Información a través de la página web oficial de la institución		Información en la página web de la institución
	9.2.2 Las estrategias educativas están dirigidas a:	9.2.2.a Pacientes		Alcance las estrategias educativas implementadas
		9.2.2.b Familiares y visitas		
		9.2.2.c Público en general		

Número de indicadores en la sección: 20

ANEXO II

Estimación del puntaje individual de los indicadores de una sección

Número total de indicadores de la sección analizada (a): ej **51**

Total del puntaje teórico para la sección: **100**

Conformación del número de indicadores evaluables (b): Restar a **51** el número de indicadores con No aplica

Indicadores evaluables (b): \sum Cumple + Cumple parcial + No cumple

Asignación del valor por indicador (c): Dividir el total de indicadores evaluables (a)/100 (redondeando a un decimal)

Valor relativo de cada respuesta (d):

- Cumple: valor del indicador (c) x 1
- Cumple parcial: valor del indicador (c) x 0,5
- No cumple: valor del indicador (c) x 0
- No aplica: no se computa el indicador en el puntaje final de la sección

Puntaje final: suma de los valores relativos obtenidos en cada indicador: \sum valores relativos de Cumple (d) + \sum valores relativos de Cumple parcial (d)

Puntaje total posible de la sección:

- Máximo: 100 si todos los valores relativos de los indicadores corresponden a Cumple
- Mínimo: 0 si todos los valores relativos de los indicadores corresponden a No cumple

ANEXO III

Detalle de la autoevaluación institucional

Ejemplo de una planilla de resultados completada para una sección particular

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud					
Componentes	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Justificación	
4.1 Estrategias para aumentar la adherencia a la higiene de manos	4.1.1 Definición de momentos, elementos usados, y técnica recomendada para la higiene de manos	4.1.1.a Las recomendaciones se basan en los 5 momentos propuestos por la Organización Mundial de la Salud	Cumple	Guía escrita basada en las recomendaciones de la OMS	
		4.1.1.b La estrategia contempla para su implementación la propuesta multimodal de la Organización Mundial de la Salud	4.1.1.b.1 Existe un sistema definido como preferencial para la higiene de manos (ej alcohol-gel)	Cumple	La institución tiene definido un sistema de higiene de manos en base a distintas situaciones (manos limpias alcohol-gel / manos sucias agua y jabón)
			4.1.1.b.2 Existe el compromiso formal de las autoridades de la institución con la política de higiene de manos	Cumple parcial	No existe un compromiso escrito con la política de higiene de manos
			4.1.1.b.3 Existe un programa de capacitación en la técnica de higiene de manos	Cumple	Existen registros escritos de la capacitación
			4.1.1.b.4 Existe un sistema de monitoreo periódico y devolución del nivel de adherencia a la higiene de manos	Cumple parcial	Se llevan a cabo mediciones esporádicas de la adherencia a la higiene de manos
			4.1.1.b.5 Existen un sistema de recordatorios en los puntos de uso que estimula la adherencia a la higiene de manos	Cumple	Existe cartelería recordatoria en cada punto de uso
4.1.1.c Se involucra a los pacientes, familiares y visitas en la higiene de manos	No cumple	No existe aún una estrategia implementada			
4.2 Estrategias para la aplicación de precauciones de aislamiento para las patologías infecciosas	4.2.1. Medidas de aislamiento de contacto	4.2.1.a Ubicación del paciente en habitación individual	No aplica	No hay habitaciones individuales en la institución	
		4.2.1.b Ubicación de los pacientes por cohorte	Cumple parcial	Las cohortes se arman ne función de la disponibilidad de	

IF-2018-3390475-APN-DNCSSYRS#MS

4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

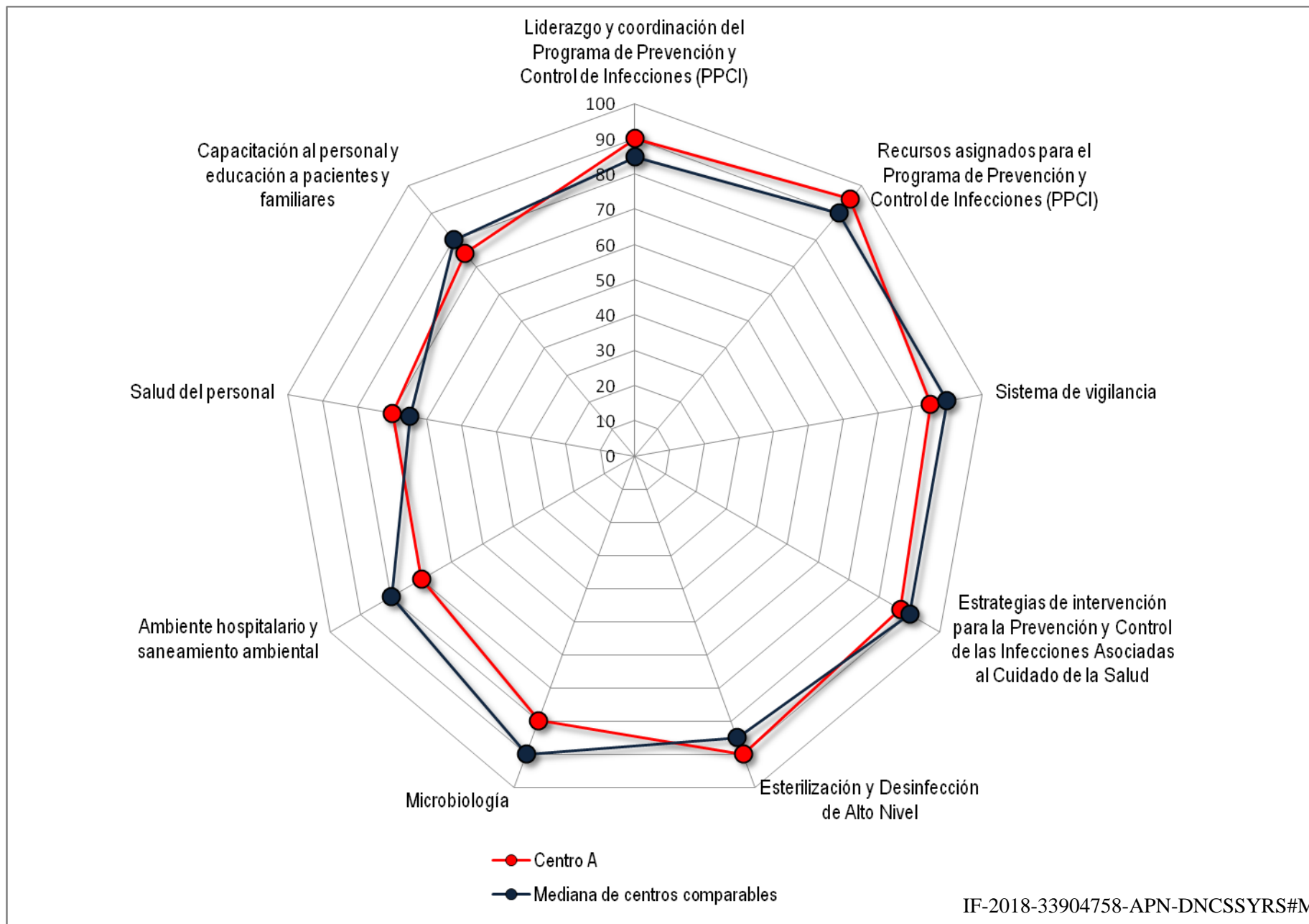
Componentes de importancia	Características	Indicadores	Nivel de cumplimiento	Justificación
		4.2.1.c Disponibilidad de guantes/manoplas para uso exclusivo con el paciente	Cumple	Existe disponibilidad de estos recursos para uso individual

Tabla de resultados

Puntaje teórico de un centro terciario con actividad docente en comparación con centros de iguales características

Secciones	Puntaje centro A	Percentilo 25	Mediana centros comparables	Percentilo 75
Liderazgo y coordinación del PPCI	90	80	85	90
Recursos asignados para el PPCI	95	85	90	95
Sistema de vigilancia	85	80	90	95
Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud	87	75	90	95
Esterilización y Desinfección de Alto Nivel	90	80	85	95
Microbiología	80	80	90	95
Ambiente hospitalario y saneamiento ambiental	70	70	80	90
Salud del personal	70	50	65	80
Capacitación al personal y educación a pacientes y familiares	75	70	80	90

Gráfico de radar



IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2018-33904758-APN-DNCSSYRS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Martes 17 de Julio de 2018

Referencia: Documento de Consenso

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 63 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
DN: cn=GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, c=AR, o=MINISTERIO DE MODERNIZACION,
ou=SECRETARIA DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUIT 30715117564
Date: 2018.07.17 10:41:42 -03'00'

Cecilia Monica Santa Maria
Asesora Técnica
Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria
Ministerio de Salud

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
DN: cn=GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, c=AR,
o=MINISTERIO DE MODERNIZACION, ou=SECRETARIA DE
MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUIT
30715117564
Date: 2018.07.17 10:41:44 -03'00'