

“PLAN DE MEJORA HIGIENE DE MANOS”

Servicios Hospitalarios Prioritarios:

Unidad de Cuidados Intensivo-Pediátricos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales,
Unidad de Terapia Intermedia Neonatal
Unidad de Terapia Intermedia de Gineco-Obstetricia

Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)

2020-2021



CONTENIDO

1.- JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	3
a) INTRODUCCIÓN	3
b) DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	4
2.- OBJETIVOS	5
a) OBJETIVO GENERAL:.....	5
b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	5
3.- METAS.....	6
a) META GENERAL	6
b) METAS ESPECIFICAS EN LOS SERVICIOS PRIORITARIOS:.....	6
4.- IMPACTO PROVISTO Y ESPERADO:	7
5.- PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	7
a) POBLACIÓN DE INTERVENCIÓN.....	7
b) OBJETIVO DE LAS ACTIVIDADES	8
c) DEFINICIONES.....	8
d) RELACIÓN DE ACTIVIDADES	8
6.- CRONOGRAMA.....	10
7.- RECURSO HUMANO Y MATERIALES	11
a) ACTORES INVOLUCRADOS EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA.....	11
b) MATERIALES NECESARIOS Y COSTOS	12
8.- INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN	13
9.- NORMATIVA Y REGLAMENTACIÓN IMPLICADA	14
10.- EVALUACIÓN.....	14
a) INDICADORES DE PROCESO.....	14
b) INDICADORES DE RESULTADO.....	15
11.- BIBLIOGRAFIA.....	18
12.- ANEXOS	19

1.- JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

a) INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) representa un problema sustancial para la seguridad del paciente y su prevención debe ser prioritaria en aquellos entornos e instituciones comprometidas en asegurar aún más la atención de la salud.

El impacto de la IAAS involucra una internación hospitalaria prolongada, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, masivas cargas financieras adicionales, un excesivo número de decesos, costos elevados para los sistemas de salud y estrés emocional para los pacientes y sus familias. El riesgo de adquirir IAAS depende de factores relacionados con el agente infeccioso (por ej., virulencia, capacidad para sobrevivir en el medio ambiente, resistencia antimicrobiana), el huésped (por ej., edad avanzada, bajo peso al nacer, enfermedades subyacentes, estado de debilitamiento, inmunosupresión, desnutrición) y el medioambiente (por ej., ingreso a una UTI, hospitalización prolongada, procedimientos y dispositivos invasivos, terapia antimicrobiana). Si bien el riesgo de contraer IAAS es universal e invade cualesquiera sistemas e instalaciones sanitarias en todo el mundo, se desconoce la incidencia global debido a la dificultad de recopilar información diagnóstica confiable. Ello se debe principalmente a la complejidad y a la carencia de uniformidad de criterios empleados para diagnosticar las IAAS, así como también al hecho de que los sistemas de vigilancia para la IAAS son prácticamente inexistentes en la mayoría de los países. Por lo tanto, las IAAS continúan siendo un problema tan oculto e intrincado que ninguna institución ni país puede arrogarse su solución.

La transmisión de patógenos asociada con la atención de la salud se produce mediante contacto directo e indirecto, gotitas, aire y un vehículo común. El contagio mediante manos contaminadas de los Trabajadores de la Salud es el patrón más común en la mayoría de los escenarios y requiere cinco etapas secuenciales: (i) los organismos están presentes en la piel del paciente, o han sido diseminados entre objetos inanimados inmediatamente cercanos al paciente; (ii) los organismos deben ser transferidos a las manos de los Trabajadores de la Salud; (iii) los organismos deben poder sobrevivir durante por lo menos varios minutos en las manos de los trabajadores de la Salud; (iv) el lavado de manos o la antisepsia de manos a través de los trabajadores de la Salud deben ser inadecuados u omitidos completamente, o el agente usado para la higiene de manos es inadecuado; y (v) la mano o manos contaminada/s del agente de salud deben entrar en contacto directo con otro paciente o con un objeto inanimado que entrará en contacto directo con el paciente.

La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Sin embargo, se ha demostrado que los Trabajadores de la Salud tienen dificultades para cumplir con las indicaciones sobre la higiene de manos a diferentes niveles.

En los últimos 20 años, numerosos estudios han demostrado que hay intervenciones eficaces para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos entre los Trabajadores de la Salud, aunque la medición de dicho cumplimiento ha variado según la definición relacionada con una oportunidad de higiene de manos y la evaluación de la higiene de manos mediante observación directa o consumo de productos para higiene de manos, que dificulta las comparaciones.

Se estima que la falta de una higiene de manos adecuada es la causa principal de IAAS y de la difusión de organismos multirresistentes, habiendo contribuido de manera significativa a la propagación de epidemias.

Existe una mayoritaria evidencia de que una mejor higiene de manos mediante estrategias de implementación multimodal puede reducir los índices de IAAS. Por otra parte, si bien no se ha informado sobre índices de infección, varios estudios han demostrado una disminución sostenida de la incidencia de colonización de pacientes y aislados bacterianos resistentes a las multidrogas luego de la implementación de las estrategias de mejora en la higiene de manos.

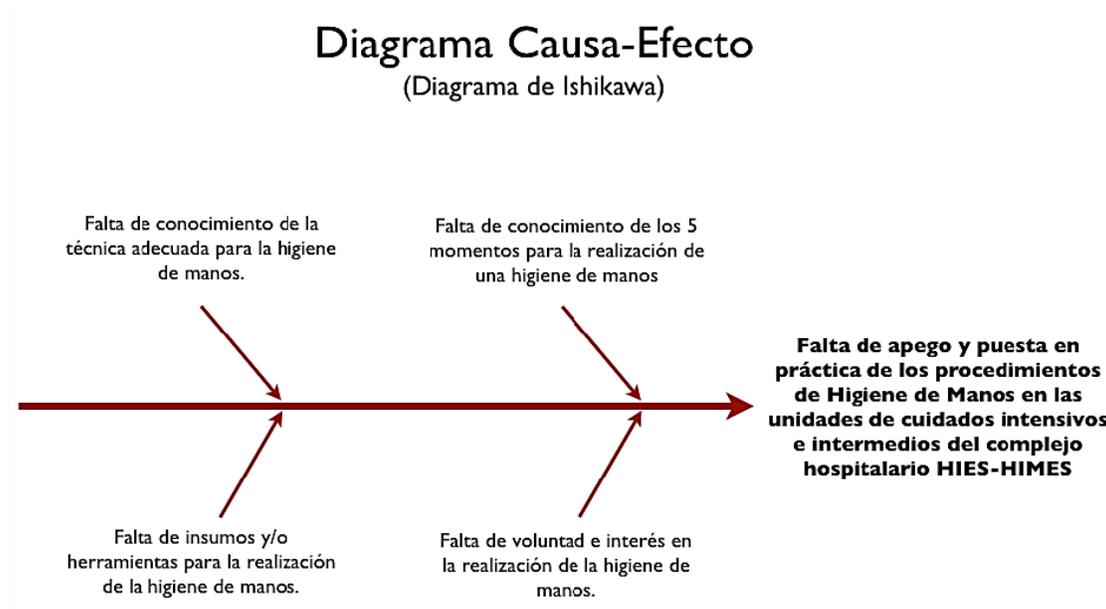
Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud. Las investigaciones sobre epidemias han sugerido una asociación entre la infección y la escasez de personal o hacinamiento que estuvo indudablemente vinculada con la escasa adherencia a la higiene de manos.

Los efectos beneficiosos derivados de la promoción de la higiene de manos en los riesgos de transmisión cruzada han podido comprobarse así mismo en escuelas, centros de atención diurnos y en el escenario comunitario. Dicha promoción mejora la salud de los niños y reduce la infección pulmonar respiratoria superior, diarrea e impétigo entre los niños de los países en desarrollo.

b) DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Existe un desconocimiento de los procedimientos para llevar a cabo las diferentes acciones para una adecuada higiene de manos, entre los que destacan la sanitización, el lavado y la realización de los dos anteriores en los cinco momentos por la OMS previamente identificados y normados para tal efecto. Así también contribuyen al problema situaciones temporales, pero en ocasiones frecuentes, relacionadas a la falta de insumos para una adecuada higiene de manos (papel, jabón, gel espuma, clorhexidina, agua, etc.) ó herramientas para su realización (surtidores automatizados de papel, lavamanos, etc.). Finalmente, no se puede dejar de mencionar la falta de voluntad o apatía que algunos profesionales de la salud expresan ante este tipo de procedimientos, asociada sobre todo al desconocimiento de los riesgos que su no realización produce a los usuarios (pacientes) del complejo hospitalario.

El problema antes descrito se expresa en el siguiente diagrama de Causa-Efecto:



2.- OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL:

Incrementar el apego y puesta en práctica de los diferentes procesos asociados a la higiene de manos, por parte del personal adscrito de los diversos servicios de hospitalización y familiares de los pacientes ingresados, priorizando las unidades de cuidados intensivos e intermedios del complejo hospitalario HIES-HIMES, a través de estrategias de capacitación, supervisión y medición de estos procesos.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Capacitar al personal adscrito en los 5 turnos de las unidades de terapia intensiva e intermedia del complejo hospitalario HIES-HIMES en la correcta técnica para la higiene de manos, así como a los padres de familia de los pacientes hospitalizados en las terapias intensivas.

- 2) Asegurar la suficiencia de insumos y herramientas en los servicios de hospitalización HIES-HIMES para la realización de una adecuada técnica para la higiene de manos.
- 3) Llevar a cabo acciones de supervisión, interna y externa, para el aseguramiento de la implementación de esta estrategia.
- 4) Realizar mediciones de las estrategias a realizar, así como de sus resultados, con el objetivo de evidenciar el desarrollo de la implementación, así como el cumplimiento de las metas propuestas.
- 5) Emitir reportes que permitan informar a los jefes y el personal de estos servicios, así como a las áreas gerenciales y administrativas, sobre el avance y los logros obtenidos con la presente estrategia.
- 6) Contribuir a la disminución en las tasas de incidencia y letalidad asociadas a la ocurrencia de I.A.A.S. en los servicios de hospitalización.

3.- METAS

a) META GENERAL

Disminuir un 20% la tasa de incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (I.A.A.S.), posterior a la implementación del programa de apego de Higiene de Manos en los servicios de hospitalización.

b) METAS ESPECIFICAS EN LOS SERVICIOS PRIORITARIOS:

- 1- Lograr un promedio acumulado general igual o mayor al **85%** en el apego a la higiene de manos en sus cinco momentos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de este complejo hospitalario.
- 2- Lograr un promedio acumulado general igual o mayor al **85%** en el apego a la higiene de manos en sus cinco momentos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de este complejo hospitalario.
- 3- Mantener un promedio acumulado general igual o mayor al **85%** en el apego a la higiene de manos en sus cinco momentos en la Unidad de Terapia Intermedia Neonatal (UTIN) de este complejo hospitalario.
- 4- Lograr un promedio acumulado general igual o mayor al **85%** en el apego a la higiene de manos en sus cinco momentos en la Unidad de Terapia Intermedia Gineco-Obstétrica (UTIGO) de este complejo hospitalario.

El periodo de implementación abarcará desde el mes de Mayo al mes de Diciembre del 2020, por lo que la fecha límite para el logro de las metas propuestas será el 31 de Diciembre del mismo año, presentando un informe final durante el siguiente mes de Enero 2021. (Revisar cronograma de las principales actividades).

4.- IMPACTO PROVISTO Y ESPERADO:

El impacto provisto y esperado con la implementación de esta estrategia, además del logro de sus objetivos y metas específicas, son:

- a) Disminución de la tasa de incidencia global acumulada de infecciones asociadas a la atención de la salud para el año 2020 en comparación al año 2019 del complejo hospitalario HIES-HIMES.
- b) Disminución de la tasa específica de incidencia global acumulada de Infecciones del Torrente Sanguíneo para el año 2020 en comparación al año 2019 del complejo hospitalario HIES-HIMES.
- c) Disminución de la tasa específica de incidencia global acumulada de Infecciones del Sitio Quirúrgico para el año 2020 en comparación al año 2019 del complejo hospitalario HIES-HIMES.
- d) Mejora en los procesos de atención con calidad y seguridad al paciente en los servicios de hospitalización HIES-HIMES.

5.- PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

a) POBLACIÓN DE INTERVENCIÓN

Personal de salud adscrito y familiares de pacientes en los servicios de hospitalización del Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Servicios de Hospitalización

- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)
- Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)
- Unidad de Terapia Intermedia Neonatal (UTIN)
- Urgencias
- Medicina Interna
- Cirugía
- Traumatología y Ortopedia
- Crecimiento y Desarrollo
- Infectología
- Oncología

b) OBJETIVO DE LAS ACTIVIDADES

Mediante este procedimiento se desea describir la realización de la observación directa de higiene de manos en los 5 momentos recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el personal de salud y la evaluación de los familiares en el momento 1.

- Capacitar de manera continua al personal sanitario y familiares de los pacientes hospitalizados.
- Valorar la adherencia de los profesionales a la higiene de manos en los 5 momentos.
- Implementar acciones de mejora tras la valoración.

c) DEFINICIONES

“Momento 1”

Es la higiene de manos que se realiza antes del contacto directo con el paciente y la *zona del paciente.

**Zona de paciente:* Incluye al paciente y a su entorno inmediato, incluyendo la cama o la silla y todos los equipos o muebles.

“Momento 2”

Es la higiene antes de realizar una tarea limpia/aséptica.

“Momento 3”

Es la higiene de manos después del riesgo de exposición a líquidos corporales.

“Momento 4”

Es la Higiene de manos después de tocar al paciente.

“Momento 5”

Es la higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente.

d) RELACIÓN DE ACTIVIDADES

La importancia de la capacitación y monitorización de la higiene manos a través de distintos métodos de medición ha sido reconocida como un elemento esencial de mejora de la atención al paciente y prevención de I.A.A.S. durante muchos años.

La iniciativa de la OMS “SALVA VIDAS: LIMPIA TUS MANOS” invita a los responsables de la mejora de la higiene de manos a realizar una encuesta mediante observación directa de los 5 momentos para comprobar la adherencia del personal de salud a la higiene de manos y el momento 1 de los familiares.

i. Capacitación de higiene de manos – técnica del lavado de manos y apego a los 5 momentos según la OMS.

- Se realizará una capacitación de higiene de manos según la guía de la OMS a los actores involucrados y se les brindará el material didáctico para la difusión de información en cada servicio de hospitalización.
- Los actores involucrados por servicio serán responsables de replicar la capacitación al personal sanitario y familiares de pacientes del servicio asignado, para lo cual podrán apoyarse con su personal para llevar a cabo la actividad.
- De manera semanal o quincenal, los días sábados con el apoyo de enfermería de jornada acumulada se brindará capacitación a los familiares de los pacientes ingresados a las terapias intensivas de manera permanente.

ii. Formulario de recolección de datos

- **Observación Semanal** del primer mes de la observación directa de higiene de manos en todos los servicios de hospitalización.

La recolección de datos se realizará en los respectivos servicios del complejo hospitalario por los actores involucrados del programa (Revisar el apartado 7) con la ayuda de una cédula de apego del lavado de manos de registro de observación de la higiene de manos en los 5 momentos según la OMS” (Anexo 1).

- Después del análisis semanal, los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Cirugía, Traumatología/Ortopedia, Crecimiento/Desarrollo, Infectología y Oncología, al cumplir con un indicador de apego de higiene de manos igual o mayor al 85%, **la observación será de manera mensual.**

En caso de que alguno de los servicios mencionados no cumpla con el indicador mínimo necesario, se deberá realizar las actividades de observación directa semanal (4 semanas mínimo) hasta cumplir con el indicador mencionado y retomar la periodicidad mensual.

- **En los servicios de la UCIN, UCIP y UTIN, la observación directa de higiene de manos será de manera SEMANTAL permanente.**

iii. Difusión de los Resultados

Observación Mensual en los servicios hospitalarios

Semestralmente los resultados obtenidos en la observación directa se enviarán a Dirección, departamento de calidad, jefes de los servicios de hospitalización y a los actores involucrados en el programa. A su vez los responsables de cada Unidad, Departamento o Servicio difundirán los resultados a los profesionales de la salud.

Observación semanal

Mensualmente los resultados obtenidos en la observación directa se enviarán a Dirección, departamento de calidad, jefes de los servicios de hospitalización y a los actores involucrados en el programa. A su vez el responsable de cada servicio de hospitalización difundirá los resultados a los profesionales de la salud. Además, se colocará un gráfico con la evolución de la tasa de adherencia en una zona visible del servicio para que lo pueda visualizar todo el personal involucrado.

iv. Acciones de Mejora

Los resultados de la observación se usarán para decidir las medidas a tomar para mejorar la adherencia de los profesionales a la higiene de manos.

- El personal evaluador deberá retroalimentar, educando con la técnica correcta del lavado de manos y el seguimiento de los 5 momentos según la OMS, al personal sanitario que se haya observado el mal apego a la correcta higiene de manos posterior a la observación directa.

Hospital Infantil **6- CRONOGRAMA**

ACTIVIDADES	2020									2021	
	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	EN	FEB
1) Diseño de la intervención, propuesta para su realización, difusión e invitación para la integración de actores involucrados.											
2) Sesiones de capacitación a los 5 turnos (Matutino, Vespertino, Nocturno A, Nocturno B y Jornada Acumulada) de los servicios bajo intervención, dirigido al personal sanitario.											
3) Sesiones de capacitación continua sabatinas de higiene de manos, dirigido a los familiares con pacientes en las terapias.											
4) Sesiones Semanales de capacitación continua de higiene de manos por servicio de hospitalización, dirigido a los familiares de pacientes. (Medicina Interna, Cirugía, Traumatología/Ortopedia, Crecimiento/Desarrollo, Infectología y Oncología).											
5) Supervisión de observación directa de la higiene de manos en los 5 momentos con el llenado de la cedula de apego de lavado de manos en todos los servicios de hospitalización SEMANTALMENTE (4 semanas).											
6) Supervisión permanente de observación directa de la higiene de manos en los 5 momentos con el llenado de la cedula de apego de lavado de manos en los servicios de UCIN, UCIP y UTIP SEMANTALMENTE .											
7) Supervisión de observación directa de la higiene de manos en los 5 momentos con el llenado de la cedula de apego de lavado de manos en los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Cirugía, Traumatología/Ortopedia, Crecimiento/Desarrollo, Infectología y Oncología MENSUAL .											
8) Sesiones de capacitación complementaria a los servicios de mayor necesidad.											
9) Mediciones Mensuales de análisis y emisión de productos informativos evidenciando el avance obtenido y el logro de las metas propuestas.											
10) Medición de cierre de año 2020, análisis y emisión de productos informativos evidenciando el avance obtenido y el logro de las metas propuestas.											
11) Inicio de actividades del siguiente programa del año 2021.											

a) ACTORES INVOLUCRADOS EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Actor Involucrado	Departamento o Área de adscripción	Actividad para realizar
Dr. Cristhian Miguel Tapia Torres	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)	Coordinador General, Integración, Análisis y emisión de productos informativos
Mtra. María del Rosario Gutiérrez Muñoz	Dpto. de Calidad Médica HIES-HIMES	Coordinación y Supervisión
Dra. Denisse Patricia Rivera de la Torre	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)	Coordinación y Supervisión
Dra. Angélica Aracely Encinas Cárdenas	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)	Coordinación y Supervisión
Enf. María Emma Beltrán Anduaga	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)	Coordinación y Supervisión
Enf. Karla Cabrera Miranda	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)	Coordinación y Supervisión
Dra. María de los Angeles Durazo Arvizu	Médica pediatra adscrito al servicio de Infectología HIES	Coordinación y Supervisión
Dr. Alfonso AlapiscoYañez	Médico pediatra adscrito al servicio de la UCIP HIES	Coordinación y Supervisión
Q.B. Elsa Dolores Chaparro Meza	Química adscrita al Banco de Sangre HIES	Coordinación y Supervisión
Dra. Tania Clarisa Larios Farak	Médico pediatra adscrito al servicio Oncología HIES	Coordinación y Supervisión
Dr. Hector Gerardo Ferreyra Ramirez	Anestesiólogo adscrito al servicio de Anestesiología HIMES	Coordinación y Supervisión
Dr. Roberto Dorame Castillo	Médico pediatra adscrito al servicio de Infectología HIES	Coordinación y Supervisión
Dr. Adalberto Rafael Rojo Quiñonez	Médico Gineco-Obstetra adscrito al HIMES	Coordinación y Supervisión
Jefe (a) y/o Coordinador (a) de Medicina y enfermería en turno	Servicios de UTIP,UCIN, Urgencias, Medicina Interna, Cirugía,Traumatología/Ortopedia, Crecimiento/Desarrollo, Infectología y Oncología	Coordinación y Supervisión

b) MATERIALES NECESARIOS Y COSTOS

Recurso Material	Precios
Jabón	
-Cartucho de jabón	\$300
-Jabón líquido (1 galón)	\$220
Alcohol-gel	
Toallas de papel	
Clorhexidina	
- Avagard 3M 16oz	\$240
- BD EZ-Scrub	

BD EZ-SCRUB: Espuma Antimicrobiana BD EZ-SCRUB con CHG al 4%

AVAGARD: Solución de gluconato de clorhexidina al 1% y alcohol etílico al 61%



8.- INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN

¿Cómo desinfectarse las manos?

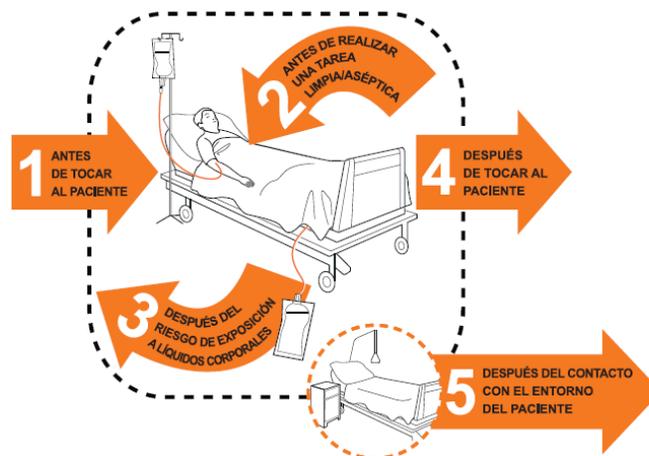
¡Desinfecte las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

⌚ Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



SUS 5 MOMENTOS

para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



9.- NORMATIVA Y REGLAMENTACIÓN IMPLICADA

- a) Norma oficial mexicana nom-045-SSA2-2005
- b) Norma oficial mexicana nom-017-SSA2-2012
- c) Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de la RHOVE
- d) Manual para la implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)/Subsecretaría de integración y Desarrollo del Sector Salud/ Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

10.- EVALUACIÓN

a) INDICADORES DE PROCESO

Higiene de manos

1) Indicador de adherencia la técnica de lavado de manos

$$\frac{\text{Número de personas con correcta técnica empleada}}{\text{Número de personas observadas}} \times 100$$

2) Indicador de apego a los 5 momentos según la OMS

$$\frac{\text{Número de personas con apego a los momentos}}{\text{Número de personas observadas}} \times 100$$

b) INDICADORES DE RESULTADO

1) Tasa de incidencia acumulada global de I.A.A.S.

$$\text{Tasa de Densidad de Incidencia Global de IAAS} = \frac{\text{Número de IAAS notificadas en el periodo de estudio}}{\text{Número de egresos hospitalarios de las unidades notificantes}} \times 100$$

Fuente	Numerador	Denominador
Bases de datos de la vigilancia epidemiológica de la RHOVE y registro mensual de denominadores de la Plataforma única del SINAVE.	Total de IAAS en el periodo de estudio	Total de egresos hospitalarios en el periodo de estudio
Utilidad: Mide la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, evalúa el riesgo de presentar una IAAS durante la estancia hospitalaria.		
Lectura: Número de pacientes con IAAS por cada 100 egresos hospitalarios		

- *Egresos hospitalarios*: Evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga.

- *Egresos en servicios que no generan egresos propiamente dichos (ej. UCI o Urgencias)*: Se considerarán como egresos los movimientos del servicio es decir los pacientes que salen del servicio.

2) Tasa de densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVVM)

$$\text{Tasa de Densidad de Incidencia de NAVM} = \frac{\text{Número de NAVM nuevas en el periodo}}{\text{Número de días ventilador mecánico}} \times 1000 \text{ días ventilador}$$

Fuente	Numerador	Denominador
Bases de datos de la vigilancia epidemiológica de la RHOVE y registro mensual de denominadores de la Plataforma única del SINAVE	Para la clasificación de los casos nuevos de NAVM aplique los criterios diagnósticos que se encuentran en la definición operativa de caso contenida en este Manual. Ingrese al numerador solo el número de casos nuevos en el periodo de estudio	Esta información se obtiene del seguimiento durante un mes de los días-ventilador mecánico (VM)
Utilidad: Es un estimador del riesgo de NAVM en los pacientes con ventilador mecánico		
Lectura: Número de casos nuevos de NAVM por cada 1000 días ventilador		

- *Días ventilador mecánico*: Es el conteo diario del número total de pacientes con ventilación mecánica en un servicio de hospitalización durante un tiempo determinado.

3) Tasa de densidad de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter central (ITS-CC)

$$\text{Tasa de Densidad de Incidencia de ITS-CC} = \frac{\text{Número de ITS-CC nuevas en el periodo}}{\text{Número de días catéter central}} \times 1000 \text{ días catéter}$$

Fuente	Numerador	Denominador
Bases de datos de la vigilancia epidemiológica de la RHOVE y registro mensual de denominadores de la Plataforma única del SINAVE	Para la clasificación de los casos nuevos de ITS-CC aplique los criterios diagnósticos que se encuentran en la definición operativa de caso contenida en este Manual. Ingrese al numerador solo el número de casos nuevos en el periodo de estudio	Esta información se obtiene del seguimiento durante un mes de los días-catéter central
Utilidad: Es un estimador del riesgo de ITS-CC en los pacientes con catéter central		
Lectura: Número de casos nuevos de ITS-CC por cada 1000 días-catéter central		

- **Catéter central:** Es un catéter intravascular que termina en o cerca del corazón o en uno de los grandes vasos, que es utilizado para infusión, extracción de sangre o monitoreo hemodinámico. Los siguientes son considerados grandes vasos para efectos de la notificación y para contar los días catéter central: aorta, arteria pulmonar, vena cava superior, vena cava inferior, venas braquicefálicas, venas yugulares internas, subclavias, venas ilíacas externas y venas femorales comunes.
- **Días catéter central:** Es el conteo diario del número total de pacientes con catéter central en un servicio de hospitalización durante un tiempo determinado. Si un paciente tiene más de una vía central temporal, cuenta como un solo día de catéter central.

4) Tasa de densidad de incidencia de infección de vías urinarias asociada a catéter urinario (IVU-CU)

$$\text{Tasa de Densidad de Incidencia de IVU-CU} = \frac{\text{Número de IVU-CU nuevas en el periodo}}{\text{Número de días catéter urinario}} \times 1000 \text{ días catéter}$$

Fuente	Numerador	Denominador
Bases de datos de la vigilancia epidemiológica de la RHOVE y registro mensual de denominadores de la Plataforma única del SINAVE	Para la clasificación de los casos nuevos de IVU-CU aplique los criterios diagnósticos que se encuentran en la definición operativa de caso contenida en este Manual.	Esta información se obtiene del seguimiento durante un mes de los días-catéter urinario

- **Días catéter urinario:** Es el conteo diario del número total de pacientes con catéter urinario independientemente del tipo de catéter (simple, permanente o intermitente) en un servicio de hospitalización durante un tiempo determinado. En caso de que se retire el catéter urinario y pase un día natural completo antes de que otro catéter urinario sea colocado, se debe reiniciar el recuento de días catéter.

5) Tasa de densidad de incidencia de infección del sitio quirúrgico (ISQ)

$$\text{Tasa de Incidencia de ISQ} = \frac{\text{Número de ISQ nuevas en el periodo}}{\text{Número de cirugías realizadas en el periodo}} \times 100 \text{ cirugías}$$

Fuente	Numerador	Denominador
Bases de datos de la vigilancia epidemiológica de la RHOVE y registro mensual de denominadores de la Plataforma única del SINAVE	Para la clasificación de los casos nuevos de ISQ aplique los criterios diagnósticos que se encuentran en la definición operativa de caso contenida en este Manual. Ingrese al numerador solo el número de casos nuevos en el periodo de estudio	Esta información se obtiene del seguimiento durante un mes del total de cirugías realizadas y por tipo de herida

11.- BIBLIOGRAFIA

- a. Secretaría de Salud. (2016). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (1^o Edición ed., Vol. 1). (S. d. Salud, Ed.) Ciudad de México, Distrito Federal, México: Secretaría de Salud.
- b. Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Infantil e Integral de la Mujer del Estado de Sonora: Informe de estudios de sombra en las unidades de cuidados intensivos e intermedios en el apego a la higiene de manos en sus cinco momentos, Noviembre 2017.
- c. Plataforma en línea de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHoVE) del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) para la notificación y seguimiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud: Reporte de indicadores de tasas de incidencia 2017.
- d. CleanCare is SaferCare SAVE LIVES: CleanYourHands: WHO's global annual campaign <http://www.who.int/gpsc/5may/en/>.
- e. CleanCare is SaferCare Tools for evaluation and feedback http://www.who.int/gpsc/5may/tools/evaluation_feedback/en/index.html
- f. CleanCare is SaferCare Tools and resources <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>.
- g. Joint Commission Center for Transforming Health Care. Facts about the Hand Hygiene Project. http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/CTH_HH_Fact_Sheet.pdf
- h. WHO CleanCare is SaferCare. Hand Hygiene Moment 1 - Global Observation Survey. Supporting the monitoring of one element of hand hygiene compliance http://www.who.int/entity/gpsc/5may/Key_Scientific_Publications.doc
- i. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
- j. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge CleanCare is SaferCare http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.

12.- ANEXOS



HOSPITAL INFANTIL E INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA
MONITOREO DEL APEGO A LAS TÉCNICAS DE HIGIENE DE MANOS EN SUS 5 MOMENTOS (MONITOREO SOMBRA)



SERVICIO: _____ TURNO: _____

Existe Señalética 5 Momentos: SI() NO() Existe Señalética Higiene Manos: SI() NO() Existe Lava-Manos: SI() NO()

APEGO A LA HIGIENE DE MANOS: Colocar en cada columna "0" si no cumple, "1" si cumple parcialmente y "2" si cumple apegado a norma										
Nº	FECHA									
	CÓDIGO									
A	Existe jabón para la higiene de manos									
B	Existe alcohol-gel para la higiene de manos									
C	Hay flujo de agua corriente									
1	Se moja las manos con agua corriente de la llave									
2	Utiliza la cantidad suficiente de jabón									
3	Se frota las manos entre si									
4	Se frota ambos dorsos de las manos									
5	Se frota los espacios interdigitales entrelazando los dedos									
6	Se frota los nudillos de las manos									
7	Se frota ambos pulgares con movimientos rotatorios									
8	Frota la punta de los dedos con movimientos rotatorios en la palma de la mano contraria y viceversa									
9	Se enjuaga las manos con agua									
10	Se seca las manos con una toalla desechable									
Puntaje Total:										
APEGO A LOS 5 MOMENTOS: colocar en cada columna "0" si no cumple, "1" si cumple parcialmente y "2" si cumple apegado a norma										
1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE									
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ ASEPTICA									
3	DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICIONES A FLUIDOS CORPORALES									
4	DESPUES DE TOCAR AL PACIENTE									
5	DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE									
Puntaje Total:										
CÓDIGOS: E = Enfermería, N = Nutrición, R = Radiología, M = Mantenimiento, L = Limpieza, M = Médico, Es = Estudiante, I = Interno, Ts = Trabajo Social, A = Administrativo, O: Otro (Especificar)										

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL MONITOREO: _____