



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.13.15

**CONDICIONES DE
BIOSEGURIDAD EN
EFECTORES DE SALUD**

Auditoría de Gestión

Período 2012

Buenos Aires, julio 2015

AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 6to. Piso

Presidente

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Dr. Santiago de Estrada

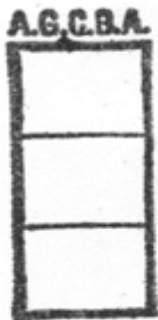
Ing. Facundo Del Gaiso

Lic. Eduardo Ezequiel Epszteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marcó



CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.13.15

NOMBRE DEL PROYECTO:

Condiciones de Bioseguridad en los Efectores de Salud

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2012

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:

EQUIPO DESIGNADO:

Directora de Proyecto: Mg. María Luján Bertella

Supervisor: Dra. Estela María Christoforón

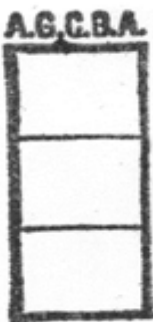
OBJETIVO:

Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia válida y suficiente que permita evaluar la gestión.

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME FINAL: 22/07/2015

FORMA DE APROBACIÓN: POR UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN AGC N°: 194/2015



INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Julio de 2015
Código del Proyecto	3.13.15
Denominación del Proyecto	Condiciones de Bioseguridad en los Efectores de Salud – Auditoría de Gestión
Período examinado	Año 2012
Programas auditados	No aplicable.
Unidad Ejecutora	No aplicable.
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de economía, eficacia y eficiencia.
Presupuesto	Sin reflejo presupuestario.
Alcance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevistas con autoridades de los 8 hospitales de la muestra: Hospital Rivadavia, Hospital Fernandez, Hospital Curie, Hospital Durand, Hospital Penna, Hospital de Quemados, Hospital Pinero y Hospital Alvarez. 2. Entrevistas con los responsables de los Comité de Control de Infecciones de los 8 hospitales de la muestra. 3. Entrevistas con las Enfermeras de Control de Infecciones, Laboratorio, Bacteriología y Estadística. 4. Entrevistas con los Jefes de Servicio de Quirófano de los 8 hospitales de la muestra. 5. Relevamiento "in situ" de las condiciones de bioseguridad de los Quirófanos de los 8 hospitales de la muestra. 6. Recopilación y análisis de la documentación e información suministrada de los 8 hospitales de la muestra. 7. Recopilación y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría.
Limitaciones al alcance	En el Hospital Fernández, se solicitó al Jefe de Laboratorio los siguientes datos: Cantidad de hisopados rectales realizados durante el año 2012, detallado por mes, Servicios solicitantes y resultados positivos de EVR y KPC. También, la misma información para los meses de febrero, junio y octubre de 2013, y de febrero, junio de 2014.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



	<p>Como respuesta se obtuvo una información incompleta, a través de una nota interna dirigida al Director Médico de fecha 11 de agosto de 2014, en la cual describe la cantidad total de hisopados rectales del año 2012, de febrero, junio y octubre de 2013 y febrero, junio de 2014, sin los resultados positivos, ni los Servicios solicitantes. La falta de información impidió llevar a cabo los procedimientos estadísticos pertinentes.</p>
<p>Aclaraciones previas</p>	<p>Para la elaboración del presente informe se realizaron previamente las tareas de relevamiento a los efectos de detectar las áreas críticas, procediéndose al análisis de los aspectos más significativos.</p>
<p>Observaciones principales</p>	<p><u>Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En el período auditado 4 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 50%, no tienen Programa Anual de Prevención de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS). (Hospitales Alvarez, Rivadavia, Fernandez y Curie) 2. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, no realizan Vigilancia activa de Infecciones Hospitalarias. (Hospitales Alvarez, Curie y Quemados) 3. En 2 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 25%, no tienen Enfermeras de Control de Infecciones. (Hospitales Curie y Quemados) 4. En 1 Hospital que representa el 13%, no funcionó el Comité de Control de Infecciones durante el período auditado. Estuvo inactivo desde el 25 de noviembre de 2011 hasta el 18 de marzo de 2014, es decir, por un período de 2 años, 4 meses, 21 días. (Hospital Curie) <p><u>Adherencia de Lavado de Manos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. En los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 100%, no se realizaron los estudios de prevalencia de lavado de manos. (Hospitales Pinero, Alvarez, Rivadavia, Fernandez, Curie, Penna, Durand y Quemados.)



Hisopados Rectales

6. En 1 Hospital que representa el 13%, no se entregaron los datos requeridos sobre los resultados positivos de los 2.133 hisopados rectales realizados en el año 2012. (Hospital Fernandez)

Tasa Global de mortalidad relacionada a las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS).

7. En la totalidad de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 100%, no se realiza la tasa global de mortalidad relacionada a las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS). (Hospitales Pinero, Alvarez, Rivadavia, Fernandez, Curie, Penna, Durand y Quemados)

Quirófanos

8. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, falta pileta con accionamiento a codo y pedal o automático. (Hospitales Alvarez, Rivadavia y Quemados)

9. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, la Climatización no es regulable. (Hospitales Rivadavia, Fernandez y Curie)

10. En 2 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 25%, los pisos tienen desgaste por el transcurso del tiempo, no cumpliendo con lo dispuesto en la Resolución 573/MSGN/00, punto B.

II.3.a. Unidades Funcionales, Zona de Circulación Restringida, B.II.3.a.1 Salas de Operaciones, Características Constructivas, que determina que los pisos tienen que ser resistentes al desgaste. (Hospitales Alvarez y Fernandez)

11. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, los pisos no tienen antideslizante. (Hospitales Rivadavia, Penna y Durand)

12. En 5 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 63%, falta dispositivo de jabón o solución antiséptica no manual. (Hospitales Rivadavia, Fernandez, Curie, Durand y Quemados)



13. En 5 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 63%, carecen de secamanos con aire caliente o material desechable. (Hospitales Rivadavia, Fernandez, Curie, Durand y Quemados)
14. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, no cuentan con portabolsas para ropa usada y limpia. (Hospitales Rivadavia, Fernandez y Curie)
15. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, las puertas no permiten el acceso del paso de camillas y silla de ruedas, en el área de lavado y vestuario del quirófano. (Hospital Rivadavia)
16. En 2 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 25%, falta toallero y carrito de suministros. (Hospitales Rivadavia y Curie)
17. En 2 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 25%, falta toallero. (Hospitales Fernandez y Quemados).
18. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, (en 7 de los 10 quirófanos del mismo Hospital), la iluminación no es acorde a lo dispuesto en la Resolución 573/MSGN/00, BO Nro. 29.449 del 27 de julio del 2000, punto B.II.3.a. Unidades Funcionales, Zona de Circulación Restringida B.II.3.a.1. Salas de Operaciones. (Hospital Fernandez)
19. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, el vestuario de mujeres no cuenta con las dimensiones de superficie establecidas en el Capítulo B.I. Condiciones Generales de la Unidad de Salud en la que se realicen Tratamientos Quirúrgicos de Bajo Riesgo, punto B.I.7.1.c Vestuarios Personal, que dispone que la superficie mínima según sexo y cantidad será de 3 m² y aumentará 0,50 m², por persona. (Hospital Fernandez)
20. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, el área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, no está en relación directa con los quirófanos. (Hospital Fernandez)
21. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, no tienen un espacio exclusivo para el depósito de

	equipos médicos y materiales. (Hospital Fernandez)
Conclusiones	<p>"Del análisis pormenorizado de los 8 Hospitales de la muestra, respecto a las acciones implementadas para la prevención de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS), cabe concluir que los mismos son escasos y por lo tanto ineficaces, lo cual demuestra en general la falta de eficiencia en el proceder de los mismos.</p> <p>Es de destacar, que las Infecciones Hospitalarias (IH) pueden derivar en graves consecuencias y mayor estadía hospitalaria, con el consiguiente aumento de los costos. Por lo tanto, deberían incrementarse las medidas de prevención de Infecciones Hospitalarias, a los efectos de reducir el riesgo de adquisición de las mismas, durante el tiempo de internación o relacionadas con las prácticas realizadas".</p>



Informe Final de Auditoría
Proyecto N° 3.13.15
Condiciones de Bioseguridad en los Efectores de Salud

Señora
Presidenta
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Maria Eugenia Vidal
S _____ / _____ D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen de las Condiciones de Bioseguridad en los Hospitales Alvarez, Piñero, Rivadavia, Fernandez, Durand, Penna, Curie y Quemados, dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

I. OBJETO DE LA AUDITORIA

Condiciones de Bioseguridad en los Efectores de Salud.

II. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia.

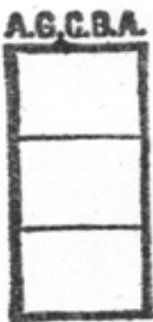
III. ALCANCE DEL EXAMEN

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el art. 6 del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución Nro. 161/00-AGCBA.

Para la realización de la auditoría, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

1. Entrevistas con autoridades de los 8 hospitales de la muestra: Hospital Rivadavia, Hospital Fernandez, Hospital Curie, Hospital Durand, Hospital Penna, Hospital de Quemados, Hospital Pinero y Hospital Alvarez.
2. Entrevistas con los responsables de los Comité de Control de Infecciones de los 8 hospitales de la muestra.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



3. Entrevistas con las Enfermeras de Control de Infecciones, Laboratorio, Bacteriología y Estadística.
4. Entrevistas con los Jefes de Servicio de Quirófano de los 8 hospitales de la muestra.
5. Relevamiento "in situ" de las condiciones de bioseguridad de los Quirófanos de los 8 hospitales de la muestra.
6. Recopilación y análisis de la documentación e información suministrada de los 8 hospitales de la muestra.
7. Recopilación y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría.

IV. LIMITACIONES AL ALCANCE

En el Hospital Fernández, se solicitó al Jefe de Laboratorio los siguientes datos: Cantidad de hisopados rectales realizados durante el año 2012, detallado por mes, Servicios solicitantes y resultados positivos de EVR y KPC. También, la misma información para los meses de febrero, junio y octubre de 2013, y de febrero, junio de 2014.

Como respuesta se obtuvo una información incompleta, a través de una nota interna dirigida al Director Médico de fecha 11 de agosto de 2014, en la cual describe la cantidad total de hisopados rectales del año 2012, de febrero, junio y octubre de 2013 y febrero, junio de 2014, sin los resultados positivos, ni los Servicios solicitantes. La falta de información impidió llevar a cabo los procedimientos estadísticos pertinentes.

V. ACLARACIONES PREVIAS

Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

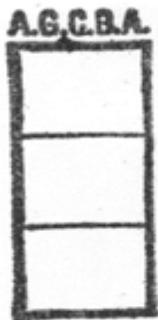
La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en su Libro Primero "Derechos, Garantías y Políticas Especiales", Título Segundo "Políticas Especiales", Capítulo Segundo "Salud", artículo 20, garantiza el derecho a la salud integral. El artículo 21, establece que "la Legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud" y fijar sus lineamientos.

La Legislatura sanciona la Ley Nro. 153 con fecha 25 de febrero de 1999, denominada "Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires", reglamentada por el Decreto Nro. 208 del 2 de marzo de 2001.

La Ley Nro.153/99 tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, art.1, en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires y alcanza a todas las personas de la Ciudad sin excepción, sean residentes o no de la Ciudad.

El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



desempeñan en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires, Ley Nro. 153/99, art. 10.

El subsector estatal de la Ciudad de Buenos Aires está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ley Nro. 153/99, art. 13.

La Organización territorial del subsector estatal de salud, se encuentra delimitado en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud, Ley Nro. 153/99, art. 27.

Se crean las Regiones Sanitarias I, II, III y IV, por Resolución Nro. 31/08 del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, delimitadas geográficamente.

Los objetivos del subsector estatal de salud es garantizar el desarrollo de los Comités de Bioseguridad Hospitalarios, Ley Nro. 153/99, art.14, inc. j.

VI. PRESUPUESTO

Sin reflejo presupuestario.

VII. INFORMACION SOLICITADA A ORGANISMOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires

Informa que no hubo ningún Dictamen, Resolución o Informes, respecto del objeto de la presente auditoría.

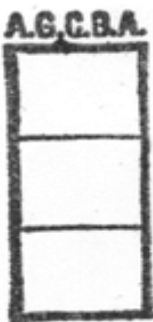
Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires

Responde que no se emitieron Informes de Auditoría, relacionado con el presente Proyecto 3.13.15.

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

Durante el año 2012, hubo 2 actuaciones iniciadas y concluidas.

Actuación 5233/12: se solicita se proceda a reubicar los tubos de oxígeno que se encuentran frente al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, por presentar riesgo para los pacientes que por allí circulan. Desde la Defensoría, se remitió un Oficio solicitando Informes. La Dirección General del Hospital y la Dirección General Región Sanitaria IV, responden que los tubos de oxígeno se encuentran perfectamente asegurados preservando la integridad física de



los pacientes y el personal del Hospital. Dado que el problema fue resuelto se da por finalizado el trámite.

Actuación 4599/12: Denuncia que el Hospital Quemados, no otorga camas de internación a los pacientes, cuando las mismas están libres. También, que el grupo electrógeno se encuentra en el subsuelo del Hospital, con más de 400 litros de gasoil, donde se encuentra ubicada la Farmacia y la Sección de Esterilización. Sobre éste tema del grupo electrógeno, tramita por actuación 2784/10, en el cual consta un Informe realizados por el Área Técnica de Arquitectura y Espacios Públicos de la Defensoría del Pueblo a partir de la cual se dictó la Resolución 1718/11. En agosto de 2012 se realiza una visita desde las Áreas de Derecho a la Salud, de Control Comunal y la Técnica de Arquitectura y Espacios Públicos al Hospital, a fin de supervisar el cumplimiento de la Resolución 1718/11. Respecto de la supuesta negativa al otorgamiento de camas, se realizó por parte del personal de la Defensoría una visita al Hospital el 16 de octubre de 2012, resultando que en ésa fecha no se registraron camas libres. Por lo que se considera concluida la actuación.

VIII. CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD DE LOS EFECTORES

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Las condiciones de bioseguridad en los efectores, se refiere a determinadas prácticas para prevenir infecciones, realizadas por profesionales médicos o personal de enfermería, en contacto con los pacientes.

Bioseguridad

La bioseguridad es el conjunto de medidas, normas y procedimientos destinados a controlar y/o minimizar el riesgo biológico. (Decreto Nro. 1886/GCBA/01, Anexo II).

Riesgo Biológico

El riesgo biológico es aquel donde el agente capaz de producir daño es un ser vivo (bacterias, virus, hongos, etc.), hay que tener en cuenta que el riesgo cero no existe. (Decreto Nro. 1886/GCBA/01, Anexo II).

El riesgo biológico para el equipo de salud existe desde que el primer ser humano ayuda a otro a recuperar su salud (Decreto Nro. 1886/GCBA/01, Anexo II).



INFECCIONES HOSPITALARIAS

Las Infecciones Hospitalarias (IH) son las contraídas por un paciente internado por una razón distinta de la infección, que no se había manifestado, ni estaba en período de incubación en el momento de internación del paciente. Se consideran IH las que ocurren después de 48 a 72 horas desde la admisión, o dentro de los 10 días después del alta. Para la infección en sitio quirúrgico, se considera el término de 30 días a partir del día de operación o hasta un año si está relacionada con material protésico.

Las Infecciones Hospitalarias (IH) también pueden afectar al personal del hospital.

Las Infecciones Hospitalarias (IH) ocurren en todo el mundo, en países desarrollados y en los carente de recursos.

Las infecciones contraídas en los establecimientos de salud, están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados.

Una encuesta de prevalencia realizada bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 55 hospitales de 14 países (de Europa, del Mediterráneo Oriental, de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental), mostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaban infecciones hospitalarias.

Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia.

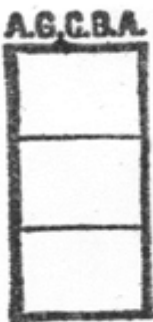
Factores predisponentes

Los factores que propician posibles vías de infecciones en los pacientes hospitalizados, pueden ser: la reducción de la inmunidad de los pacientes,

los procedimientos médicos, las técnicas invasivas, la transmisión de bacterias farmacoresistentes, el deficiente control de infecciones, pueden facilitar la propagación de los microorganismos, el uso intenso de antibióticos promueve la resistencia al producto.

Infecciones Urinarias

Las infecciones urinarias causan menos morbilidad que otras IH pero a veces, puede ocasionar bacteriemia y la muerte. Las bacterias causantes



proviene de la flora intestinal, ya sea normal (*Escherichia coli*), o contraída en el hospital (*Klebsiella*).

Infecciones del sitio quirúrgico

Las infecciones hospitalarias en el sitio quirúrgico son las más frecuentes según la OMS, la incidencia varía de 0,5 a 15% según el tipo de operación y el estado subyacente del paciente.

La infección puede contraerse durante la propia operación, en forma exógena (es decir, del aire, el equipo médico, los cirujanos, personal), endógena (de la flora de la piel o del sitio de la operación).

El principal factor de riesgo puede ocurrir durante el procedimiento (limpio, limpio-contaminado, contaminado, sucio), depende de la duración de la intervención y del estado general del paciente.

PREVENCION DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS

La prevención y el control de infecciones es una responsabilidad de todos los profesionales de salud, médicos, personal de enfermería, farmacéuticos, etc.

La principal actividad del hospital es la prevención del riesgo para los pacientes y el personal.

Para la prevención de infecciones hospitalarias, es necesario preparar un plan de trabajo anual para evaluar y promover una buena atención de salud, aislamiento apropiado, esterilización y otras prácticas, capacitación del personal y vigilancia epidemiológica.

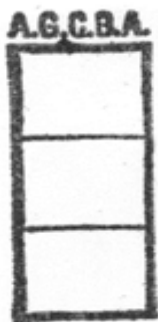
La posibilidad de contraer una infección hospitalaria está determinada por factores referentes al paciente (como el grado de inmunodeficiencia), y las intervenciones que intensifican el riesgo.

Una de las prácticas más relevante de prevención de Infecciones Intrahospitalarias es la higiene de manos.

HIGIENE DE MANOS

Antecedentes

Hace más de 150 años, el Dr. Ignacio Semmelweis, ginecólogo húngaro que trabajaba en uno de los hospitales más prestigiosos de Viena, observó que la fiebre puerperal y la mortalidad asociada en la sala de



partos atendida por médicos y estudiantes de medicina era cinco veces mayor que la observada en la sala atendida por parteras.

El Dr. Semmelweis luego de analizar los distintos factores, concluyó que no eran diferentes en una sala que en la otra. El Dr. observó que los médicos y estudiantes de medicina no se lavaban las manos después de atender partos o hacer autopsias. Con éstas conclusiones decidió colocar un lavamanos en la sala, obligando a los médicos y estudiantes a lavarse las manos antes de cada procedimiento, de esta forma la mortalidad se redujo a cero.

El trabajo del Dr. Semmelweis ha sido reconocido como uno de los hitos más importantes en la historia de la Medicina.

Antecedentes en Argentina

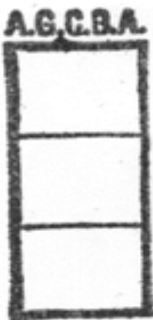
En nuestro país, el control de infecciones comenzó en 1979, cuando el Dr. Stamboulián regresó de Estados Unidos y creó un Servicio de Infectología y Control de Infecciones en el Sanatorio Guemes de Buenos Aires. La introducción de ésta práctica fue una idea novedosa y también por el hecho de seleccionar a tres enfermeras profesionales para cumplir importantes tareas en su equipo, las que se convirtieron en las Enfermeras en Control de Infecciones (ECI) pioneras de la Argentina.

IX. DETERMINACION DE LA MUESTRA

Se seleccionó una muestra de 8 Hospitales aplicando el siguiente criterio:

1. Se priorizó por su complejidad y relevancia los Hospitales Generales de Agudos Cabeceras de las IV Regiones Sanitarias (Fernández, Argerich, Santojanni y Durand).
2. Se consideró la Especialización de los Hospitales (Oncología y Quemados).
3. Se descartaron los Hospitales que fueron objeto de auditorías en las planificaciones de los años 2012 y 2013, con excepción del Hospital Alvarez que se eligió para que estuviera representada la Región Sanitaria II.
4. Se contempló que estuvieran las 4 Regiones Sanitarias.

La muestra seleccionada es la siguiente: Hospitales Generales de Agudos: **Penna, Alvarez, Pinero, Durán, Rivadavia y Fernández.** Hospitales Especializados: **Hospital Curie** (Oncología) y **Hospital de Quemados.**



MUESTRA			
Cant.	Efactor	Tipo	Región Sanitaria
1.	H. Penna	Gral de agudos	I.
2.	H. Alvarez	Gral de agudos	II.
3.	H. Pinero	Gral de agudos	II.
4.	H. Durand	Gral de agudos	III.
5.	H. Curie	Especializado-oncológico	III.
6.	H. Quemados	Especializado-quemados	III.
7.	H. Rivadavia	Gral de agudos	IV.
8.	H. Fernandez	Gral de agudos	IV.

De los ocho (8) Hospitales seleccionados de la muestra, se procedió a realizar un relevamiento de todos los Comités de Control de Infecciones, entrevistas con las Enfermeras de Control de Infecciones. Se confeccionó un cuadro demostrativo que contiene los siguientes datos: Plan Anual de Control de Infecciones, Vigilancia de Infecciones Hospitalarias Activa, Cantidad de Enfermeras de Control de Infecciones (ECI), Brotes y Acciones implementadas respecto de los Brotes. Estudios Observaciones de Adherencia de la Higiene de Manos. Análisis y porcentuales de los Hisopados Rectales, por año, mes, cantidad de muestras, resultados positivos de EVR y KPC, Servicios solicitantes. Tasas Globales relacionadas a las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS), relevamiento de la Estructura Física de los Quirófanos de los 8 Hospitales de la muestra, implementada en una grilla en base a lo prescripto en la Resolución nro. 573/2000, de Salud Pública del Ministerio de Salud de la Nación, que aprueba las Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales.

Se realizaron las entrevistas a las autoridades de los Comités de Control de Infecciones (CCI) de los 8 Hospitales de la muestra, priorizando los siguientes temas: 1. Integración del Comité, 2. Estructura Organizativa, 3. Funciones, 4. Reuniones, 5. Programa Anual de Prevención de Control de Infecciones, 6. Manuales de Procedimiento e Instructivos, 7. Sistemas de Vigilancia, 8. Control de cumplimiento de las normas de bioseguridad, 9. Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones, 10. Casos de incumplimiento de las normas en relación al control de infecciones hospitalarias, y 11. Cursos de capacitación.



A continuación se detallan:

1. HOSPITAL PINERO

Comité de Control de Infecciones (CCI)

Integración

- Presidente: Director Médico y Subdirector del Hospital
- 1 Secretario: Médico Infectólogo (Jefe del División Promoción y Protección de la Salud, sin estructura forma 1 Subgerente Enfermería
 - 1 Jefa de enfermería
 - 1 Enfermera de Control de Infecciones (ECI),
 - 1 ECI (enfermera Referente)
 - 1 ECI (franquera)
 - 1 Bacterióloga
 - 1 Farmacéutica
 - 1 Esterilización (Farmacéutica)
 - 2 Depósito de materiales e insumos farmacéuticos: (Farmacéutico y colaboradora)
 - 2 Jefes de servicio: Clínica médica
 - 2 Cirugía
 - 1 Obstetricia y 1 ginecología
 - 1 Terapia Adulto y 1 neonatal
 - 1 Medicina del trabajo (médico)

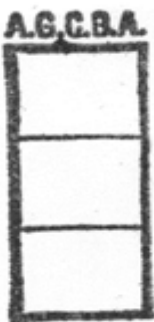
Estructura Organizativa

Los Comités no figuran dentro de la estructura del Hospital, dependen del Director del Hospital. Las Enfermeras en Control de Infecciones (ECIS) tienen una doble dependencia, respecto de las funciones que prestan en el CCI dependen del Secretario del CCI, y fuera del CCI dependen de la Subgerencia de Enfermería.

Funciones del Comité de Control de Infecciones

El Comité sugiere y asesora a las distintas áreas sobre vigilancia de infecciones hospitalarias y se les provee de protocolos para toma de muestras y control general del paciente; intervenciones, control de calidad de productos biomédicos de elementos de protección personal (EPP), y elementos de seguridad general (ESG) descartadores de cortopunzantes, residuos hospitalarios (no es exclusivo de control de infecciones, hay un Comité de Residuos), control, gestión, acciones correctivas, educación in situ. Trabajo en conjunto de las ECIS (enfermeras en control de infecciones) con: Farmacia, Esterilización, Compras y Contrataciones, Programación y Control, Tesorería, Empresas Tercerizadas de Limpieza,

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



ropería, elementos de limpieza y desinfección. Monitoreo de uso de antisépticos y desinfectantes, control de la higiene hospitalaria.

Funciones de las Enfermeras en Control de Infecciones (ECIS): Las ECIS integrantes del Comité se encargan de programar actividades, recolectar datos, procesar, elevar informes y resultados, vigilar eventos, educar y capacitar. Son el nexo entre los integrantes del CCI, realizan la vigilancia activa y elevan los informes a las autoridades del CCI. El Secretario del CCI (Médico Infectólogo) recibe y evalúa los informes, indica las acciones pertinentes, coordina las actividades de sus integrantes, planifica las reuniones mensuales, establece el Orden del Día, según las prioridades. Protocolo de seguimiento en vigencia desde el 2010 hasta la actualidad. Las ECIS realizan la Vigilancia de infecciones hospitalarias de los siguientes componentes:

-Infección del sitio quirúrgico: cesáreas, histerectomías, implantes totales y parciales de prótesis de cadera, rodillas.

-Tasas: Tasa de uso de procedimientos invasivos en terapia intensiva adultos y neonatal. Tasa de infección.

-Estudios de Prevalencias: de infecciones asociadas a la utilización de accesos venosos y arteriales, centrales y periféricos.

-Aislamientos: implementación de las normas de aislamiento a pacientes portadores de organismos multiresistentes (OMR) y enfermedades infectocontagiosas.

-Docencia y capacitación: capacitación en servicio y cursos programados, con objetivos, fundamentación, justificación, carga horaria, multidisciplinarios e interdisciplinarios con el aval del Comité de Docencia e Investigación (CODEI) y Comité de Docencia e Investigación en Enfermería (CODIE) y el Instituto Superior de la Carrera (ISC).

Reuniones del Comité

Se reunió por primera vez el 24 de abril de 1984 hasta la fecha.

Lo pautado es una vez al mes.

Programa Anual de Prevención de Control de Infecciones

El programa de búsqueda de KPC y EVR (Microorganismos multirresistentes) se encuentra dentro de los objetivos específicos del Programa Anual de Control de Infecciones que las ECIS presentaron y aprobado por el CCI.

En UTI para dar cumplimiento a lo establecido en el programa, debían asignar un referente para la toma y transporte a bacteriología de la muestra de hisopados rectales de todos los pacientes ingresados. Se

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



designó una enfermera para realizar los hisopados durante 2011, 2012, hasta noviembre de 2013.

En la puerta de las habitaciones, una vez confirmado bacteriológicamente que el paciente es portador de OMR (organismo multirresistente) hay carteles diseñados por las ECIS, quienes se encargaron de la impresión de los mismos con presupuesto de la Dirección. Cartel Verde (TBC, sarampión y rubéola) cartel Azul (influenza, bronqueolitis y neumonía) cartel Naranja (diarrea por clostridium difficile) y rojo (EVR y KPC). Los niveles 3 y 4 de microorganismos son los únicos que se aíslan, los demás no pueden aislarse, por falta de espacio físico.

En este último (rojo) debajo de dibujos orientadores para los diferentes campos figura:

Higiene de manos: al tocar al paciente y entorno; antes de entrar y salir de la habitación; evitar uso de joyas; colocación de guantes y descarte de los mismos; fricción de manos con alcohol en gel.

Uso de camisolín: colocación del mismo en la habitación, antes del contacto con el paciente y el entorno; quitarse el mismo antes de salir de la habitación. Para la familia: hincapié en la higiene de manos y no deambular por otras habitaciones.

Habitación Puerta Cerrada (ingreso restringido: no más de 2 personas por paciente; higiene ambiental exhaustiva en cada turno y desinfección de las superficies de alto contacto; utilización de rejilla exclusiva para el entorno del paciente y otra para el baño; personal exclusivo para la atención de pacientes. No ingreso de estudiantes de todas las especialidades.

Equipos Biomédicos: uso exclusivo de tensiómetro; uso exclusivo de termómetro, si no, desinfectar con alcohol al 70% entre paciente y paciente.

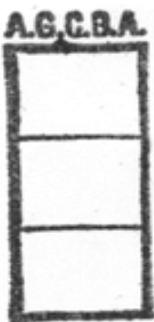
Transporte del paciente y cuidados del paciente diario: evitar traslado. Si es inevitable avisar al servicio que lo recibe; realizar baño diario con clorhexidina durante 14 días. Luego repetir el hisopado rectal (HR). Si continua positivo seguir con el baño una semana y mientras el HR dé positivo mantener la rutina hasta que el hisopado esté negativo.

Manuales de Procedimiento e Instructivos

Las ECIS elaboraron los manuales de 2002, 2009 y 2014, el último no había sido impreso, por falta de presupuesto.

Las autoridades del hospital expresaron que en abril de 2014 se firmó, imprimió y anilló un ejemplar del Manual 2014. Calculan que durante

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



mayo, con dinero de caja chica, imprimirán un ejemplar para cada servicio, el que se entregará dejando constancia escrita de la recepción para dar formalidad a la puesta en vigencia del mismo.

En el manual están asentadas todas las normas de seguridad para el trabajador, especialmente las relacionadas al medio ambiente y riesgo relacionados a fluidos corporales y corto punzantes. Riesgos biológicos con los microorganismos de mayor trascendencia en el hospital. Riesgos químicos relacionados a la manipulación y preparación de desinfectantes u otro producto químico que pueda afectar la salud del operador.

Sistemas de Vigilancia

Las ECIS llevan el control de cumplimiento de las normas de bioseguridad.

QUIROFANO: En quirófano se chequean los botiquines de bioseguridad cada 3 meses, se entregan materiales si se solicitan y se hacen señalamientos verbales si se incumple con alguna medida establecida.

UTI: Se colocan carteles de aislamientos, precauciones estándar, residuos patogénicos y limpieza. Las tareas de capacitación y difusión de las normas: no son programadas, ni están registradas. Se monitorean actitudes, procedimientos, relevamientos, notas e informes y capacitación, con una frecuencia planificada. En algunos casos los jefes del área recolectan, procesan y elaboran sus propios informes y tasas.

Control de cumplimiento de las normas de bioseguridad

Uno de los factores importantes de transmisión de OMR es la poca adherencia al lavado de manos por parte del personal del equipo de salud (30% de adherencia), además, estadías prolongadas y uso indebido de antibióticos.

Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones

Se determina la existencia de brote si hay más de 2 pacientes colonizados o infectados con un mismo germen. Se trabaja muy estrechamente con Bacteriología que les informa diariamente de manera verbal o por teléfono. Cuando se detecta algún alerta, Bacteriología observa en campo y determina las causas de los datos que dan las muestras.

En Bacteriología se solicitan los hisopados por sala y el resultado de las muestras del 2012. Las ECIS luego escriben las novedades en un cuaderno y en el libro diario. Desde Bacteriología se alerta y las enfermeras realizan el aislamiento. Cuando se produce un brote se llama a reunión de CCI para implementar medidas tendientes a resolver la situación.



Llevan un cuaderno interno con informe de brotes. En 2012 se detectaron brotes de KPC y EVR en continuo al día de hoy, por eso se pone tanto énfasis desde ECI en la implementación del Programa de KPC y EVR.

Durante el 2012 no se realizaron mapeos bacteriológicos en quirófano.

En UTI la flora prevalente son las enterobacterias Bacilos Gram negativos.

Las medidas preventivas (como el hisopado rectal) es difícil determinarlo, por cuanto muchos pacientes, derivados de otros nosocomios, geriátricos, etc. ya vienen colonizados y cuando posteriormente el contagio se propaga, queda el hospital como único responsable del hecho.

Los multiresistentes presentes en el hospital son dos: KPC y EVR.

Las medidas adoptadas ante las colonizaciones multiresistentes son:

Desde la Dirección se realiza la difusión de todas las indicaciones aportadas por el CCI y las de ECI brinda todo el apoyo necesario para su acción.

La Dirección del Hospital, envió Nota de fecha 10/4/14 a los Jefes de Servicios solicitándoles el cumplimiento de las normas emanadas por el CCI y Nota del 14/4/14 solicitando información para búsqueda de KPC y EVR.

El Servicio de Infectología trabaja por demanda espontánea, no existe en la estructura pero posee sus misiones y funciones.

El mayor problema de las infecciones hospitalarias en estos últimos años son las colonizaciones multiresistentes, que se ven favorecidas por el paso de los pacientes por distintos hospitales, trasladando de ese modo los agentes patogénicos. La falta de recurso de enfermería que siempre es insuficiente; la imposibilidad del adecuado aislamiento de los pacientes (entre 48 y 72 horas, solos en una habitación) y otros factores favorecen el riesgo de infección.

Casos de incumplimiento

No se imparten sanciones ante el incumplimiento de los servicios, se realizan reuniones con los Jefes de Departamento de todo el Hospital para analizar: objetivos-logros alcanzados y realizar críticas necesarias a fin de mejorar el cumplimiento de estas normas.

Cursos de Capacitación

Se realiza la capacitación a través de cursos o talleres con los contenidos del Manual o Guía. Se capacita a alumnos de escuela de enfermería que realizan sus prácticas en la institución, y a alumnos de 4° y 6° año de medicina de la UBA. Con menor frecuencia a residencias de otras

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



especialidades. Se realizaron 2 jornadas sobre higiene de manos, multi e interdisciplinarias.

El 14 de mayo 2013 se organizó una Jornada de Adherencia al lavado de manos "Manos limpias salvan vidas" con 95 asistentes. Se presentaron tipos de higiene de manos, contenidos temáticos, un video, clasificación y acción de los productos.

2. HOSPITAL ALVAREZ

Comité de Control de Infecciones (CCI)

Integración

- 1 Médica (subdirectora) Subdirección
- 1 Médico Planta de Infectología
- 1 Bacterióloga Laboratorio
- 3 Supervisoras de Enfermería A/C
- 3 Enfermeras en Control de Infecciones (ECI)
- 1 Médica (Jefe de la Unidad 3 CM) Dto. Medicina
- 1 Médico Planta Cirugía
- 1 Instrumentadora Dto. Cirugía
- 1 Médico Planta UCI
- 1 Enfermera Dto. de Urgencias y Cuidados Intensivos
- 1 Médica (Jefa del Dto. Materno infantil)
- 1 En 2012 Enfermero (ECI) Jefe de Enfermería. En 2014 Subgerente Operativo de Enfermería. El Dto. Enfermería es actualmente Subgerencia Operativa de Enfermería.
- 1 Farmacéutica (Jefa de Div. Farmacia)
- 1 Farmacéutica (Jefa de Sección Esterilización)
- 1 Médica (Jefa de Promoción y Protección de la Salud)

Estructura Organizativa

El Comité depende de la Subdirección Médica del Hospital.

Funciones del Comité de Control de Infecciones

Revisión, actualización y difusión de las normas de prevención y control:

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Aislamiento

Higiene de manos

Asepsia y antisepsia

Quimioprofilaxis

Inmunizaciones: tanto para los pacientes como para el personal

Profilaxis post-exposición

Investigaciones epidemiológicas

Pesquisa de casos y portadores

Notificación de casos de infección

Educación

Formación y capacitación permanente en servicio de todo el personal Hospitalario.

Elaboración de políticas de antimicrobianos y antisepsia, para el uso racional de los mismos.

Divulgación de la información obtenida mediante informes.

El grupo de trabajo de Infectología (no tiene estructura dentro del Hospital) realiza tareas asistenciales en consultorio externo e interconsultas en todas las salas, control de infecciones, uso racional de antimicrobianos y docencia.

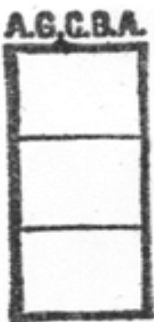
Con posterioridad al incendio del Hospital el 10 de enero del 2012, se fortaleció el Hospital de Día.

Se trabajó sobre la planificación de procedimientos invasivos; accidentes cortopunzantes, catéteres centrales y periféricos, catéteres urinarios, etc. Lo realizaban las enfermeras de la UTI sobre el check list del Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIDHA).

Hubo adecuado control de infecciones hospitalario antes del incendio, no así durante 2012 ni 2013.

QUIROFANOS: No tienen quirófanos centralizados. No hacen controles y procedimientos regulares sino a pedido de la jefatura de los servicios (por ejemplo en Maternidad), completando una planilla para el relevamiento de diferentes aspectos (limpieza, estructura edilicia, cialfáticas, etc). No tienen informe o planilla de 2012.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Cardiología es de baja complejidad, no realizan cirugías cardiovasculares. Son pacientes en tratamiento médico.

En cuanto a UTI (solo de adultos), llevan datos diarios. Durante el incendio se perdió la PC del servicio con toda la información. Deben cargar nuevamente el programa 2012.

En cirugía se estableció el seguimiento y control de cirugías limpias. Durante el 2012 no hubo tasas de infección en cirugías limpias.

Reuniones del Comité

Una vez por mes y en situaciones especiales reuniones extraordinarias.

Programa Anual de Prevención de Control de Infecciones

No existe un programa formal y recién se hizo en 2014. No se realiza vigilancia activa por falta de recurso humano.

Manuales de Procedimiento e Instructivos

El Manual vigente es de 2006.

La situación que vive el Hospital desde el 10 enero de 2012 (incendio), generó la redistribución de pacientes y reducción de camas, afectando a la mayoría de los servicios, dificultando la implementación de medidas de aislamiento de los pacientes.

Manuales de procedimientos disponibles:

Lavado de manos

Lavado de manos social (técnica)

Lavado de manos antiséptico (técnica)

Lavado de manos quirúrgico (técnica)

Uso de guantes

Normas para la dilución de lavandina

Precauciones de aislamiento, uso de elementos de barrera y tipo de precauciones según patología.

Precauciones estándares

De contacto

Respiratorias

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Por gota

Lavado y desinfección de endoscopios

Higiene hospitalaria

Medidas de reducción de riesgo en:

Bacteriemias asociadas a catéteres

Neumonía asociada a ventilación

Infecciones urinarias asociadas a catéteres urinarios

Toma de muestra en bacteriología

Manejo de la exposición accidental de sangre u otros fluidos orgánicos (El manejo de las mismas con el personal del hospital, la realiza la ART asignada por el GCBA)

Uso racional de antibióticos

Esquemas empíricos iniciales de patologías prevalentes

Antibióticos de uso restringido

Profilaxis antibiótica en cirugía

Conductas frente a microorganismos resistentes

Control de infecciones durante la construcción y la remodelación en instituciones de salud

Sistemas de Vigilancia

No llevan vigilancia activa. No hicieron control de infecciones. No realizaron procedimientos para detectar KPC y EVR, se hizo la vigilancia a través de Microbiología que al detectar una infección por microorganismos multirresistentes (KPC, EVR, SAMR), dan aviso al médico tratante y a infectología para optimizar el tratamiento antibiótico y establecer precauciones de contacto.

No se realiza vigilancia activa en UCO ni en áreas quirúrgicas.

El Hospital desde abril del año 2009 ingresó al Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA), durante los 2 últimos años posterior al incendio surgieron problemas técnicos relacionados con la conectividad, dificultando la carga, actualización y análisis de datos.



Control de cumplimiento de las normas de bioseguridad

No se realiza control estandarizado sobre el cumplimiento de las normas de bioseguridad. Se realiza educación incidental durante la recorrida por las salas.

Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones

En el año 2012 no hubo brotes infecciosos en el hospital.

Casos de incumplimiento

No disponen de registros del grado de cumplimiento. Los enfermeros en control de infecciones no desarrollan su actividad a tiempo completo en el CCI.

El CCI es un comité asesor, al observar errores relacionados a bioseguridad realiza educación incidental y se eleva una nota al sector, a fin de recordar las normas vigentes.

El CCI no tiene poder de policía ni indica sanciones, sólo se recuerdan las normas que deben cumplir.

3. HOSPITAL RIVADAVIA

Comité de Control de Infecciones (CCI)

Integración

- 1 Subdirección Médica
- 2 Médico Infectólogo
- 1 Enfermera - control de infecciones
- 1 Médico Jefe de Dpto de Emergencias
- 1 Farmacéutica
- 1 Médico Cirujano
- 1 Enfermera - gestión de residuos
- 1 Enfermera - Jefa del Dpto Enfermería

Estructura Organizativa

El Comité depende de la Dirección General del Hospital.

Funciones del Comité de Control de Infecciones

Constituyen sus funciones principales: Tomar decisiones de carácter grupal sobre lo que ocurre con relación a la temática de infecciones; programar educación al personal, identificar, prevenir, detectar y estudiar

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



epidemias, elaborar una política pos exposición para el personal de salud y monitorear la ocurrencia de las infecciones, sus tendencias en el tiempo, los microorganismos aislados y la sensibilidad a los antibióticos. Tiene como cometido la prevención, control, vigilancia, investigación y docencia sobre infecciones hospitalarias.

Generalmente estas decisiones tienen influencia sobre los médicos del staff, administradores, jefatura de compras y personal en general. También impacta sobre la reducción de los costos en infecciones. Implementan las medidas de control, gestionan los recursos y evalúan los productos.

Reuniones del Comité

Una vez por mes y cada vez que se necesite tratar un caso particular.

Manuales de Procedimiento e Instructivos

El Comité no cuenta con Manuales de Procedimientos. Trabajan con recomendaciones en materia de prevención de infecciones quirúrgicas y con ayudas visuales consistentes en carteles explicativos para el resto de las áreas.

Recomendaciones de abril de 2012:

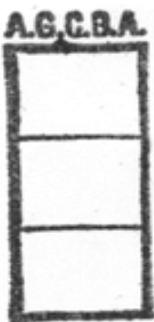
Prevención de Infecciones Quirúrgicas: se delimita las zonas de circulación en el área quirúrgica, señalización, temperatura y humedad, medidas referentes al personal y su vestimenta, antisepsia de manos y brazos en el preoperatorio, anestesia y limpieza y desinfección del área quirúrgica.

Brote de *Staphylococcus aureus* (SAMR): guantes, lavado de manos, camisolín, equipo de cuidado del paciente.

Procedimientos de desinfección de alto nivel por inmersión, en los elementos de terapia respiratoria, cuando no se pueden realizar por esterilización.

Recomendaciones de mayo de 2012:

Medidas a seguir ante un paciente ingresado colonizado o infectado por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SARM).



Sistemas de Vigilancia

En el período enero – diciembre de 2012, se realizó un informe de vigilancia epidemiológica en Terapia Intensiva de Adultos, cuyo objetivo general radicó en contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos.

Sus objetivos específicos se establecieron del siguiente modo:

- 1) Determinar las tasas de infección y los índices de utilización asociadas a dispositivos, en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos durante el período señalado.
- 2) Identificar los microorganismos causantes de infección asociada a dispositivos (catéter central, catéter urinario y ventilación mecánica), por sitio primario de infección en la Unidad objeto del informe en el período realizado.
- 3) Comparar las tasas de infección asociadas a dispositivos de dicha Unidad en este período en relación a las tasas del Programa VIHDA (Programa de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina). Tiene su sede en el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan Jara de Mar del Plata.

Control de cumplimiento de las normas de bioseguridad

El control de cumplimiento de las medidas implementadas en Bioseguridad se realizaron por miembros del Comité de Control de Infecciones, en las áreas de Terapia Intensiva de adultos mediante monitoreos consistentes en la observación del personal de salud: Ej, lavado de manos, vestimenta, etc.

Cuentan con estadísticas del grado de cumplimiento de las Normas de Bioseguridad Comité a partir del año 2013. Respecto del año 2012 no se realizaron por no contar con los insumos necesarios para efectivizar dicho control. No proveían de gel alcohólico a efectos de prevenir la transmisión de microorganismos patógenos en forma más efectiva que el lavado con agua y jabón.

Mediante la Resolución N° 535/12 del Ministerio de Salud de la Nación, se incorpora al Ordenamiento Jurídico Nacional la Resolución del Grupo Mercado Común (GMC) N° 22/11, que establece los “Requisitos mínimos para la disponibilidad y utilización de preparaciones alcohólicas para la fricción antiséptica de las manos en los Servicios de Salud”.



Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones

En el año 2012 se produjo un brote de SARM (Staphilococcus aureus meticilin resistente). Se transmite principalmente a través de las manos del personal de salud, por contacto con la piel seca del paciente o por contacto indirecto con superficies ambientales o elementos para el cuidado de pacientes en el medio ambiente del mismo.

El Comité de Control de Infecciones dictó un compendio de recomendaciones al efecto:

- Habitación individual de pacientes.
- Higiene de manos con clorhexidina antes y después del contacto con el paciente.
- Guantes de látex.
- Camisolín.
- Restringir el ingreso de personas.

La transmisión del SARM habitualmente ocurre a través de la colonización transitoria de las manos del personal de salud, algunos investigadores han atribuido la reducción de las tasas de SARM entre los pacientes hospitalizados, a los esfuerzos realizados para mejorar las prácticas de higiene de manos.

Brote de Estafilococco Aureus (SA) en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal desde el 16 de febrero de 2012 al 03 de Mayo de 2012.

Al respecto se tomaron las siguientes acciones:

- Se implementaron precauciones de contacto estrictas (higiene de manos, uso de camisolín, guantes y barbijos y recordatorios visuales).
- Como después de la implementación, no se logró controlar el brote, se realizó hisopado nasal a todo el personal de salud de la terapia neonatal, ya que el SA suele colonizar la narinas.
- A los casos positivos de colonización con estafilococco aureus meticilino (SARM) resistente se indicó descolonización con mupirocina en gel nasal por 7 días con hisopado de control posterior.
- Se intensificó la limpieza de las incubadoras y de las superficies con mono persulfato de potasio.
- Se realizaron recomendaciones de prevención de transmisión de estafilococco aureus meticilino resistente en la terapia neonatal.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



- Se realizó instructivo para la limpieza de incubadoras y de las superficies de la unidad con monopersulfato de potasio.
- Capacitación sobre precauciones de contacto. Uso de los elementos de barrera.
- Se realizó monitoreo diario del cumplimiento de éstas recomendaciones de prevención y de la limpieza de las superficies.

Resultados de las acciones implementadas:

- Se pudo controlar el brote satisfactoriamente.
- La descolonización del personal fue efectiva, no produciéndose a la fecha ningún caso de infección por staphilococcus aureus meticilino resistente (SARM).

En cuanto a los factores determinantes del brote fueron:

- La colonización de las narinas del personal de salud.
- Falta de adherencia a la higiene de manos.
- Uso de solución clorada con mala dilución utilizada para la limpieza de las superficies.

Cursos de Capacitación

Los cursos no son de carácter obligatorio, están destinados al personal de salud de planta del hospital y en formación (estudiantes, residentes).

Se realizaron cursos en materia de Bioseguridad, Higiene de manos, Prevención de enfermedades de infecciones respiratorias y en el servicio de Kinesiología sobre higiene, estos cursos fueron realizados durante el año 2013.

Actividad docente realizada a personal en formación de medicina durante el 2013, en el Instituto Ciencia de la Salud en UBA y en USAL.

Higiene de manos

Aislamiento

Bioseguridad

Prevención de bacterias asociadas a catéter central

Total de alumnos 104

4. HOSPITAL FERNANDEZ

Comité de Control de Infecciones (CCI)

Integración

La responsable del CCI es una Médica Infectóloga.

Subcomité Ejecutivo:

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



- 1 Jefa de Quirófano
- 1 Farmacéutico
- 2 Enfermera ECI
- 1 Médico Infectólogo

Estructura Organizativa

Los responsables del CCI son el Director Médico y el Subdirector del Hospital.

Funciones del Comité de Control de Infecciones

La conformación del CCI y funcionamiento tomó como modelo las recomendaciones realizadas por la Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones y CCI de Uruguay. No hay norma unificada sobre designación de responsables del Comité, funciones y asignación horaria.

Prevención de las Infecciones:
Identificación de factores de riesgo
Vigilancia Epidemiológica
Normas de Seguridad Personal
Normas Técnico-operativas

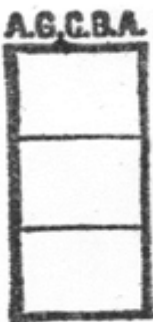
Control de Infecciones:
Investigación de casos
Estudio de agentes causales
Notificación

Investigación:
de la endemia
de la epidemia
de métodos de prevención y control

Docencia:
Organización de Jornadas y Conferencia
Organización de Cursos
Capacitación en Servicio
Actualización Bibliográfica

Reuniones del Comité

No tienen una fecha establecida se reúnen ante una temática determinada.



Manuales de Procedimiento e Instructivos

El Comité elaboró un Compilado de Normas de Trabajo que establece sugerencias de modalidades de trabajo a efectos de favorecer buenas prácticas y disminuir las incidencias de las infecciones nosocomiales.

Ésta normativa contiene lo siguientes temas:

1. Uso de Antisépticos y Desinfectantes.

La norma establece la correcta utilización de los desinfectantes y antisépticos.

2. Higiene de manos.

La higiene de manos disminuye la carga bacteriana de la piel y es la práctica base más importante, efectiva y económica.

3. Limpieza Hospitalaria.

El alcance de ésta norma es para todo el personal de limpieza. Se establece con el fin de asegurar un criterio único. Educación continua y asesoramiento permanente.

4. Normas de Limpieza de áreas críticas.

Se determinaron los elementos necesarios: secador o cepillo con mango, dos trapos rejilla por unidad de paciente para mobiliarios y camas, dos trapos de piso, dos baldes. Uno pequeño para el producto limpiador/desinfectante a base de amonio catenario y otro grande para el agua limpia para enjuague, escobilla para inodoros y orinales, guantes para uso doméstico, detergente común, lavandina diluida.

5. Normas de Limpieza para los equipos de rayos portátiles.

Los equipos de rayos deben limpiarse entre cada paciente con el fin de reducir la transmisión de infecciones nosocomiales. Las Infecciones Hospitalarias (IH) tiene alcance al Personal de Limpieza y al Personal Técnico de Servicio de Rayos.

En materia de Bioseguridad establece: Respetar las instrucciones del fabricante. La limpieza debe realizarla el Personal de Limpieza supervisado por el Técnico de Rayos.

Cada vez que se realice una radiografía, el Técnico con los guantes puestos debe tomar una gasa embeberla en solución desinfectante y limpiar la superficie.

6. Ropa de cama, colchones y almohadas.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



La ropa sucia puede ser potencial de gérmenes patógenos y requiere un apropiado manejo y procesamiento para disminuir el riesgo de transmisión cruzada de microorganismos.

7. Catéteres intravasculares y sistemas de infusión.

El objetivo es disminuir las complicaciones infecciosas por el uso.

8. Sonda Vesical.

Las infecciones urinarias representan cerca del 40% de las infecciones hospitalarias. Pueden ser un foco de propagación de bacterias al torrente circulatorio.

9. Terapia Respiratoria.

Todos los elementos utilizados en Terapia Respiratoria pueden ser reservorio de microorganismos. El objetivo es disminuir el riesgo de neumonía asociada a asistencia respiratoria mecánica.

10. Cuidados en la cavidad oral en los pacientes intubados.

Las partículas de la boca migran hacia las vías aéreas, pudiendo causar infecciones. Se disminuye con una higiene adecuada del paciente en la cavidad oral y los puntos de apoyo del tubo.

11. Cuidados de enfermería en pacientes con traqueotomía percutánea.

Identificación de posibles complicaciones asociadas a la vía aérea y las intervenciones para disminuir el riesgo.

12. Alimentación parenteral total.

Consiste en el aporte de nutrientes por vía intravenosa.

13. Recomendaciones de aislamiento.

Se implementan medidas tendientes a cortar la cadena de transmisión de los patógenos infectantes de un paciente a otros individuos.

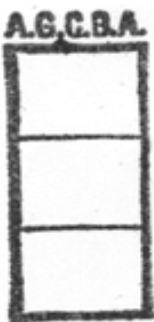
14. Baño prequirúrgico.

Es de aplicación a todos los pacientes ambulatorios o internados, que serán sometidos a un procedimiento quirúrgico. El baño se realizará con jabones antisépticos.

Control de cumplimiento de la normativa de bioseguridad

El Comité en Control de Infecciones realizó un estudio de Prevalencia de Lavado de Manos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, en el año

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



2013 desde los días 15 de julio al 15 de agosto, en la Unidad de Terapia Intensiva A y B, en los turnos mañana, tarde y vespertino.

Se observó el lavado de manos de distintos profesionales elegidos al azar, que tenían intervención sobre los pacientes en forma directa.

Se tuvo en cuenta el plantel estable y todo profesional externo denominado consultores, donde se incluyó a Kinesiólogos, Radiólogos, Cirujanos, Médicos de otras especialidades.

Se observó el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Duración de la fricción: fue inferior a 15 segundos en todos los casos.

Accesorios: se observó que la mayoría usaba reloj, anillos, pulseras, pocos presentaron muñecas libres de vestimenta (recogida a altura del antebrazo).

Técnica: se pudo evidenciar poca adherencia al lavado de toda la superficie de las manos, incluidas muñecas y pliegues interdigitales.

De 100 profesionales observados solamente el 7% cumple con el lavado de manos en las terapias A y B.

Del 7% ninguno cumplió con la técnica recomendada del lavado de manos.

De los 100 profesionales observados todos utilizaron guantes para la atención de los pacientes.

Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones

En el mes de julio de 2012 se detectaron infecciones en dos neonatos por *Staphylococcus aureus* Meticilino sensible (SARM).

En relación al brote se adoptaron las siguientes medidas:

Higiene de Manos

Toma de muestras

Tratamiento de descolonización nasal

Aislamiento

Cursos de Capacitación

Se realizó en octubre de 2013 una Capacitación de Higiene de Manos a cargo del CCI. Fueron evaluados 238 asistentes del Hospital. La observación mostró falta de conocimiento de técnica, de la eficacia del alcohol gel como antiséptico para higiene de manos.

En el año 2012 se realizó el Primer Taller de Bioseguridad y Control de Infecciones intra Hospitalaria, dirigido a Enfermería de todas las áreas del Hospital.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



5. HOSPITAL CURIE

Comité de Control de Infecciones (CCI)

Integración

- 1 Presidente: Médica Infectología
- 1 Secretaria: Enfermera
- 2 Médicos Bacteriología
- 2 Farmacia
- 2 Médico Cirugía
- 1 Médico Encología
- 1 Médico Hematología

El CCI funcionó desde el año 2005 hasta el 24 de noviembre de 2011, fecha que por decisión del CATA se interrumpieron las reuniones del CCI, hasta que se reanudaron el 19 de marzo de 2014. Es decir, que durante el año 2012 estuvo inactivo.

Estructura Organizativa

El CCI depende de la Subdirección Médica.

Funciones del Comité de Control de Infecciones

Dan sugerencias sobre normativas, evalúan las deficiencias en el trabajo, para considerar la falla y hacer que se realicen de forma adecuada.

No tienen computadora y por ello no pueden ingresar al programa VIDHA, que sería una herramienta importante dado que lleva las estadísticas de las infecciones intrahospitalarias. Se cargan los datos del paciente, se vuelcan los datos de bacteriología, del tratamiento y de esta forma se conoce la situación intrahospitalaria, que infecciones hay, cuáles son los gérmenes, a que antibióticos son sensibles, los datos en algunos casos son indicadores de la calidad del manejo hospitalario. Es fundamental para que el Comité tome decisiones, por Ej: tasa de infecciones asociada a heridas quirúrgicas por respirador que excede el valor esperado, eso obliga hacer intervenciones para mejorar la calidad hospitalaria, según la situación se analiza dónde puede estar el problema: Ej: problema en quirófano, en UTI, neumonía asociada a respirador, etc.

Reuniones del Comité

Las reuniones de Comité de Control de Infectología (CCI) se realizan cada 3 o 4 meses, según las necesidades de los Departamentos o Divisiones.

El CCI funcionó desde el año 2005 hasta el 24 de noviembre de 2011, fecha que por decisión del CATA se interrumpieron las reuniones del CCI, hasta que se reanudaron el 19 de marzo de 2014. Es decir, que desde el 25 de noviembre de 2011 al 18 de marzo de 2014, pasaron 2 años, 4 meses y 21 días, que no funcionó el Comité de Control de Infecciones del Hospital.

El Comité Asesor Técnico Administrativo (CATA) se encuentra integrado por el Director Médico del Hospital, el Subdirector y Jefes de algunos Departamentos o Divisiones, quienes adoptan las decisiones sobre los cargos y problemas del Comité.

En el período auditado y hasta el 1 de julio de 2013, el Hospital contaba con una Enfermera Licenciada en Control de Infecciones. Al momento de la presente auditoría existe una Licenciada en Enfermería, que se encuentra cumpliendo funciones de ECI designada por el CATA (Comité Asesor Técnico Administrativo) desde octubre de 2013, actualmente la Licenciada se encuentra cursando la especialización de ECI.

Programa Anual de Prevención de Control de Infecciones

El Hospital no tiene un Programa anual de prevención de control de infecciones.

Manuales de Procedimiento e Instructivos

No tienen.

Sistemas de Vigilancia

No tienen.

Control de cumplimiento de las normas de bioseguridad

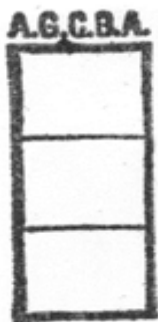
El Jefe del Departamento de Enfermería (actualmente Subgerente de Enfermería), cuando las medidas no son ejecutadas se plantean y se tratan.

No registran estadísticas.

Al ser un Hospital monovalente, se dan indicaciones para su cumplimiento.

Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones

En el año 2013, desde setiembre hasta diciembre, hubo un brote EVR (enterococo bancoerre), germen que no forma parte de la epidemiología del Hospital por eso es brote y tiene dificultad de tratamiento, fueron



afectados aproximadamente ocho pacientes adultos (el Hospital recibe pacientes a partir de los 15 años).

Por tratarse de un Hospital monovalente no tienen UCO, funcionan Quirófano y UTI. En Quirófano no hubo brotes. En UTI llegan para recuperación los pacientes postquirúrgicos, o reciben pacientes oncológicos con cuadro crítico complicado y tratamientos múltiples, no hubo brotes.

Cursos de Capacitación

Se realizan clases anuales dirigidas a médicos, oncólogos y hematólogos, sobre manejo del paciente neutropénico (defensas bajas, forma parte de una complicación de la quimioterapia), y de manejo de la gripe, desde el 2010 a la fecha.

Curso anual de oncólogos, cursos varios de enfermería, quimioterapia, paliativos, radioterapia.

6. HOSPITAL PENNA

Comité de Control de Infecciones (CCI)

Integración

Coordinadora del CCI:
1 Médica Infectología
3 Médicos Infectología
2 Bioquímicas Bacteriología
1 Médica Intensivista
4 Ecis

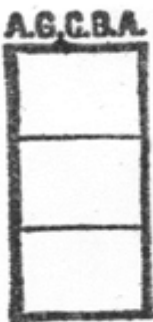
Estructura Organizativa

El Comité depende jerárquicamente de la Subdirección Médica.

Funciones del Comité de Control de Infecciones

Elaboración de normas operativas para cada área. Educación permanente de Precauciones Estándares para el personal de ingreso, estudiantes de enfermería, residentes, concurrentes médicos, al personal de salud de planta a través de talleres de capacitación intrahospitalaria de bioseguridad.

Mecanismos de Supervisión y evaluación: Los temas de Precauciones Estándares son evaluados a través de los talleres teóricos prácticos que plantea el Comité.



Realización de encuestas sobre Higiene de Manos, los resultados se presentaron a la Subdirección del Hospital, Gerencia Operativa de Enfermería y Jornadas Hospitalarias.

Funciones de las Ecis: Elaboración del Programa Anual de Actividades de los Enfermeros en Control de Infecciones del año 2012, detallando lo siguiente:

Objetivo General:

La aplicación de un sistema de Vigilancia Epidemiológica y Medidas destinadas al Control de Infecciones en el Hospital.

Objetivos Específicos:

Determinar las Tasas de Infecciones Hospitalarias asociadas a los procedimientos invasivos en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de Adulto.

Confecionar el Manual de Normas y Recomendaciones para el Control de Infecciones Hospitalarias.

Realizar Estudios de Prevalencia, Áreas No críticas del Hospital.

Desarrollar Actividades Educativas, programadas e incidentales, destinadas al equipo de salud. Actualizar conocimientos científicos relacionados a la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS).

Realizan la Vigilancia Epidemiológica a través del monitoreo, observación sistemática de la ocurrencia y los sucesos de las IACS asociadas a procedimientos invasivos (catéter urinario, catéter venoso central, asistencia ventilatoria mecánica).

Reuniones del Comité

Semanales, pero en situaciones emergentes se realizan reuniones extraordinarias.

Programa Anual de Prevención de Control de Infecciones

El Programa Anual de Actividades de los Enfermeros en Control de Infecciones del año 2012, tiene los siguientes Objetivos:

Objetivo General:

Aplicar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Medidas destinadas al Control de Infecciones en el Hospital.



Objetivos Específicos:

1. Determinar las Tasas de Infecciones Hospitalarias asociadas a los procedimientos invasivos en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) y la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de Adultos.
2. Confeccionar el Manual de Normas y Recomendaciones para el Control de Infecciones Hospitalarias.
3. Realizar Estudios de Prevalencia en Áreas No Críticas del Hospital.
4. Desarrollar Actividades Educativas.
5. Actualizar conocimientos científicos relacionados a la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a los Cuidados de Salud (IACS).

Manuales de Procedimiento e Instructivos

El Comité de Control de Infecciones elaboró un Manual de Normas y Recomendaciones para el control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS), en el año 2012.

Los temas tratados son:

Higiene de Manos:

El objetivo de la Higiene de manos es la prevención de transferencia de microorganismos entre el personal, el paciente y los visitantes.

Precauciones de Aislamiento:

Prevención de Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica (VM).
Se define como Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVVM) a la que ocurre en pacientes con asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Puede ser entre las 48 y 72 horas o luego de las 72 horas.
La NAVVM es la infección más común asociada a la atención de la salud en UTI.

Prevención de Infecciones asociadas a cateterismo vesical:

Más del 90% de las infecciones del tracto urinario (ITU) está asociado a cateterismo vesical, el 10% restante se produce como consecuencia de manipulaciones quirúrgicas o instrumentales de la vía urinaria inferior.

Prevención de Infecciones asociadas a catéteres vasculares:

Los catéteres vasculares son indispensables en las prácticas médicas, se utilizan para administrar fluidos intravenosos, medicación, sangre, nutrición.



Al colocar dispositivos se produce la ruptura de la piel, situación que favorece el posible ingreso de microorganismos al torrente sanguíneo.

Prevención de Infecciones en sitio quirúrgico:

Las recomendaciones varían según el momento quirúrgico:

Prequirúrgico:

La estadía preoperatoria debe ser lo más corta posible, para evitar la colonización de gérmenes hospitalarios.

Bañar al paciente con antiséptico.

El paciente debe ir al quirófano con cobertura antitetánica.

Intraquirúrgico:

En el acto quirúrgico la profilaxis antibiótica debe realizarse en base a los protocolos nacionales dictados por la Sociedad Argentina de Cirugía y la Sociedad Argentina de Infectología.

Realizan lavado de manos quirúrgico con antiséptico de efecto residual, de todo el equipo quirúrgico.

Se utilizan elementos y guantes estériles.

Delimitan las zonas de circulación interna dentro del área quirúrgica: libre, semirestringida y restringida.

Postquirúrgico:

Curación de heridas previo lavado de manos con antiséptico.

Toma de Muestra:

La toma de muestra para el diagnóstico microbiológico depende de la calidad de la muestra, las condiciones de envío y el almacenamiento.

Higiene Hospitalaria:

El objetivo de la Higiene Hospitalaria es disminuir la contaminación de las superficies medioambientales, para prevenir la transferencia de microorganismos contaminantes, entre el paciente, el personal y las visitas.

Sistemas de Vigilancia

El Hospital en marzo del 2013 ingresó al Programa de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA), que es el Programa Oficial del Ministerio de Salud de la Nación, con sede en el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara de Mar del Plata.

El Hospital participó en el año 2011 y 2013 del Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en Áreas No Críticas de Hospitales de Argentina (ENPIHA).

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones

Hubo un brote de Burkholderia cepacia en el área de UTI Adultos, en diciembre de 2013 hasta enero de 2014.

Burkholderia cepacia es un importante patógeno de humanos, causante de neumonía. Se encuentra en el agua y en el suelo, puede sobrevivir períodos prolongados en ambientes húmedos.

El Comité recomendó:

- Cierre de la UTI.
- Limpieza terminal de la Unidad.
- Utilización de antiséptico en los pacientes.
- Refuerzo en la capacitación del personal (lavado de manos, folletería).
- Aislamiento de los pacientes.

Como resultado de la adopción de las medidas durante el mes de febrero no se obtuvieron cultivos positivos del germen.

Las causas que provocaron el brote estuvieron relacionadas con la alta temperatura superior a 37 grados C en los meses de diciembre y enero, por el mal funcionamiento del aire acondicionado, lo que determinó el uso de ventiladores que facilitaron el desarrollo de infecciones cruzadas en los pacientes.

Control de cumplimiento de las normas de bioseguridad

Las Enfermeras en Control de Infecciones (ECIS) son las que realizan los controles de adherencia al Lavado de Manos, cuidados de catéteres, a través de la observación directa.

Adherencia a la Higiene de manos: se realizó en el área de Cuidados Intensivos de Adultos al personal de salud, el día 17 de julio de 2013. Para el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

Distribución según la profesión: Enfermeros, Médicos, Consultores, Técnicos, Nutricionistas.

Higiene de manos antes de atender al paciente: distribución según cantidad.

Técnica correcta: sin anillos, alhajas, reloj, unas cortas sin esmalte, mangas cortas o arremangadas por arriba del codo. Tiempo de contacto con la solución más de 15 segundos, que cubra toda la piel de las manos.

De un total de 100 eventos observados, el 49% correspondía a personal de enfermería, el 14% al personal médico, ambos permanentes en la

unidad. El resto 37% concierne a consultores (personal técnico de Radiología, de Kinesiología y otros médicos).

El 76% del personal no realizó higiene de manos, antes de atender al paciente. El restante 24% del personal realizó el lavado de manos pero sólo en 7 oportunidades se practicó la técnica correcta.

Cursos de Capacitación

Clase de Bioseguridad: precauciones estándares, lavado de manos y aislamientos, 574 asistentes en total (293 en el año 2012 y 281 en 2013), constituidos por estudiantes de enfermería y de kinesiología, personal de enfermería ingresante, residentes y concurrentes médicos.

Clase de presentación del Programa de Vigilancia activa de Microorganismos Multiresistente (MMR) en UTI adultos. Temas: Precauciones estándar, higiene de manos, prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM), Bacteriemia asociada a catéter central, catéter urinario y toma de muestras: dirigido a enfermeras de UTI adultos.

7. HOSPITAL DURAND

Comité de Control de Infecciones (CCI)

Integración

1 Secretaria: Médica, Promoción y Protección, Infectología

2 Enfermeras: 1 Eci y 1 Enfermera asesora CCI

Comité Ejecutivo:

1 Médico Infectología

3 Bioquímicas Bacteriología

1 Bioquímica Farmacia

Comité ampliado:

1 Médico UCI adultos

1 Médica Urgencias

1 Médico Cirugía

1 Instrumentadora

2 Médicos Clínica Médica

1 Médico Tocoginecología

2 Médicos Pediatras 1 en UCI

1 Médico Traumatología

1 Médico Urología



Estructura Organizativa

El Comité depende de la Dirección Médica.

Funciones del Comité de Control de Infecciones

Difundir las recomendaciones para la prevención de las infecciones, en el ámbito hospitalario en relación a la seguridad del paciente y del equipo de salud.

Capacitar al equipo de salud en el abordaje de las medidas de bioseguridad.

Participar en la elaboración de normativas para la higiene hospitalaria.
Colaborar con la implementación de las medidas de desinfección en el ámbito hospitalario.

Vigilancia incidental del cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

Asesoramiento para la provisión del equipo de protección personal adecuada y dispositivos biomédicos necesarios para la bioseguridad en el equipo de salud.

Reuniones del Comité

Durante el año 2012 se reunieron mensualmente y de acuerdo a las necesidades detectadas.

Programa Anual de Prevención de Control de Infecciones

Desde el año 2012 en las siguientes áreas:

Quirófano:

Relevamiento del Área a fin de verificar cambios a partir del anterior asesoramiento.

Intervenciones incidentales (ante la falta de ropa quirúrgica, estructura edilicia y dificultades en la entrega de insumos biomédicos).

Relevamiento de la higiene ambiental y equipo biomédico realizada por la empresa tercerizada de limpieza.

UTI neonatal:

Vigilancia Epidemiología tasas de utilización e infección

Capacitaciones interdisciplinarias en la prevención de Bacteriemias Asociadas a Catéteres Vasculares.

Estudio de prevalencia de verificación del mantenimiento de procedimientos invasivos (CU, CVC y ARM).

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Relevamiento de la higiene ambiental y equipo biomédico realizada por la empresa tercerizada de limpieza.

UCO:

Capacitaciones interdisciplinarias respecto a la prevención de bacteriemias asociadas a catéteres vasculares.

Vigilancia de microorganismos multirresistentes (mediante el hisopado rectal de los pacientes internados en el servicio) mensualmente.

Relevamiento de la higiene ambiental y equipo biomédico realizada por la empresa tercerizada de limpieza.

UTI:

Vigilancia epidemiológica (tasas de utilización y de infección).

Capacitaciones interdisciplinarias respecto a la prevención de bacteriemias asociado a catéter venoso central.

Capacitaciones interdisciplinarias respecto a la prevención de neumonía asociado a la ventilación mecánica.

Vigilancia de microorganismos multirresistentes (mediante el hisopado rectal de los pacientes internados en el servicio) mensualmente.

Relevamiento de la higiene ambiental y equipo biomédico realizada por la empresa tercerizada de limpieza.

Manuales de Procedimiento e Instructivos

La normativa elaborada por CI desde en año 2012, son Medidas Prácticas para el Control de Infecciones Hospitalarias, Medidas de Prevención de las Infecciones (IH), Guía para la Prevención de Infecciones del Sitio Quirúrgico y Programas de Control de Infecciones.

Sistemas de Vigilancia

En UTI se realiza la vigilancia epidemiológica, obtención de tasas de utilización de dispositivos de Catéter venoso central, catéter urinario y ventilación mecánica. También la tasa de infección asociado a procedimientos, pudiendo recolectarse la información adecuadamente en las infecciones asociadas a catéter.

La vigilancia de microorganismos resistentes mediante el hisopado rectal se realiza mensualmente en las áreas críticas de: terapia intensiva y terapia intermedia de adultos, unidad coronaria, cirugía cardiovascular y terapia intensiva pediátrica.

Quirófano:

Se solicitaron camisolines estériles adecuados a las recomendaciones cuando hubo dificultad en la provisión.



Se mantiene comunicación frecuente para detectar falta de insumos necesarios para la bioseguridad del equipo de salud y del paciente.

UTI, UTI neonatal y UCO:

Capacitaciones respecto a la bioseguridad en el Servicio en diferentes turnos.

Vigilancia incidental del cumplimiento de las recomendaciones de bioseguridad (uso correcto del equipo de protección personal, cumplimiento de las precauciones estándares y de aislamiento).

Estudios de prevalencia de higiene de manos.

Implementación de higiene ambiental y equipo biomédico con dotación del personal de limpieza disponible las 24hs.

Capacitación del personal de limpieza para organizar un equipo exclusivo para las áreas de cuidados críticos.

Asesoramiento incidental respecto a los dispositivos bioseguros para el uso del personal de salud (bolsa colectora de fluidos descartable, sistema cerrado del circuito cerrado de catéteres vasculares).

Entrega de folletería para la promoción de bioseguridad en el personal de salud.

Relevamiento de área a fin de identificar y evaluar factores de riesgo para prevenir infecciones asociadas al cuidado de la salud (identificación de área limpias y sucias).

Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones

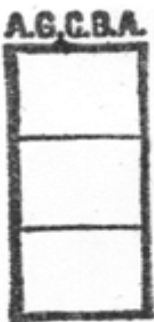
UTI neonatal: colonización de un paciente en hemocultivos con germen *Smaltophilia*. Se realizó cultivo ambiental en las piletas de las unidades de los pacientes.

UTI: aumento de incidencia en la colonización de microorganismos resistentes en los pacientes internados.

Se realizó relevamiento de área, cumplimiento de las precauciones de aislamiento.

Relevamiento incidental de la adhesión de la higiene de mano y asesoramiento a los jefes médicos y de enfermería respecto a las recomendaciones que se deben aplicar a fin de prevenir la diseminación de microorganismos resistentes.

UTI NEONATAL: desde la estructura física de la unidad, la pérdida constante de agua por el grifo de la pileta y en consecuencia se mantenía la mesada húmeda con colección de agua constante. El material de la mesada con fórmica descascarada con pérdida de continuidad dificultaba su desinfección.



Desde lo conductual dificultades en la adherencia a la higiene de manos por el personal interdisciplinario del servicio.

UTI: dificultades en la provisión de sábanas en cuanto a cantidad necesaria para el baño de los pacientes, también en la desinfección del entorno del paciente y equipo biomédico. Desde lo conductual por parte del equipo interdisciplinario dificultad en la adherencia a la higiene de mano y cumplimiento de las medidas de aislamiento.

En algunas situaciones se relacionó con la falta del insumo por dificultades en la importación, también dificultades en la provisión desde nivel central y en otras situaciones por dificultad en las compras y entrega de los proveedores en el tiempo establecido.

Control de cumplimiento de las normas de Bioseguridad

En la implementación de estas medidas de control debe involucrarse todo el personal, ya que controlar y prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud es responsabilidad de todos.

A continuación detallamos las dificultades que aún persisten:

Cumplimiento de las precauciones estándares y de aislamiento de contacto.

No se ha normatizado los lineamientos de recomendaciones respecto a los procedimientos invasivos.

Reducida adherencia a la higiene de mano.

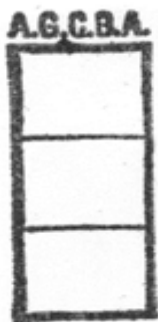
Acumulación de excesivos insumos en las unidades de los pacientes.

No siempre se desinfectan los equipos biomédicos que circulan por otras unidades.

En caso de incumplimiento las medidas correctivas implementadas son: la educación incidental, programada, reuniones interdisciplinarias para consensuar las medidas aplicar frente a las dificultades que exista para el cumplimiento de las medidas de prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Cursos de Capacitación

Los cursos de capacitación realizados desde el 2012 no son obligatorios. Se acuerda con el Departamento de enfermería para facilitar la concurrencia del personal.



Estuvieron destinados a:

Equipos de salud interdisciplinaria de acuerdo a las actividades que se desarrollan en diferentes Unidades de la institución.

Personal interdisciplinario en formación que realiza su campo práctico en nuestra institución.

Personal de limpieza de la empresa tercerizada.

8. HOSPITAL QUEMADOS

Comité de Control de Infecciones (CCI)

Integración

1 Secretario:

Bioquímico Especialista en Bacteriología
(Jefe Unidad Laboratorio)

1 Farmacéutica Jefe en Sección Esterilización

1 Médica Jefe Sección Especialidades Clínicas

1 Médica Infectóloga

En el año 2012 el Hospital no contaba con Enfermeras (ECI), en el año 2014 el CCI cuenta con una ECI para el desempeño de las tareas de control.

Estructura Organizativa

El CCI depende de la Dirección del Hospital.

Funciones del Comité de Control de Infecciones

Las infecciones son las complicaciones más frecuentes en el tratamiento de los pacientes quemados, constituyendo la principal causa de mortalidad. Estas pueden estar directamente asociadas a la contaminación microbiana de las heridas producidas por la noxa térmica, o a los procedimientos invasivos utilizados en la reanimación temprana o en el tratamiento posterior de los pacientes.

La misión del CCI es diseñar y controlar las acciones pertinentes para disminuir al mínimo posible la ocurrencia de infecciones nosocomiales en los pacientes asistidos, el recurso humano hospitalario y las personas que transitan por la institución.

Los procedimientos de mayor impacto son:

1. Higiene de manos.
2. Colocación y cuidado de catéteres centrales.
3. Manejo y descarte de material cortopunzante.
4. Aislamiento de contacto en pacientes infectados y/o colonizados con bacterias multiresistentes.
5. Inmunización del personal.

Las precauciones estándares tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por material biológico con otros tipos de agentes patógenos.

Higiene de manos.

La relación entre el lavado de manos antes y después de cada procedimiento que involucre contacto con el paciente o sus fluidos y la transmisión horizontal de microorganismos causantes de infecciones nosocomiales es un hecho conocido desde hace más de un siglo. La falta de adherencia a esta práctica sigue siendo la principal causa del aumento de las tasas de estas infecciones.

El CCI centra las acciones para mejorar la adherencia a la higiene de las manos en:

- 1) Asegurar la provisión continua de insumos adecuado para la correcta higiene de las manos.
- 2) Realizar una campaña de educación a este respecto destinados al personal sanitario y a los acompañantes de los pacientes.

Colocación y cuidados de catéteres centrales.

En las últimas décadas los avances de los métodos terapéuticos en el cuidado de pacientes críticos, se incrementó en forma exponencial en la utilización de Catéteres Venosos centrales (CVC). Una de las principales complicaciones reportadas en su utilización es la infección nosocomial particular denominada bacteriemia relacionada a catéter.

Las acciones destinadas a que la tasa de estos eventos disminuya, son:

1. Ajustar el cumplimiento de las normas de asepsia en la colocación de los CVC a través de la capacitación permanente.
2. Extremar las normas de manejo en los sitios de inyección de las soluciones que se administran a través de los CVC.
3. Controlar y mantener la zona de inserción del CVC de forma que se mantenga siempre libre de colonización microbiana.



Uso de elementos de barrera:

Guantes: el uso evita o disminuye el riesgo de contaminación con los microorganismos de la piel y la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del operador y viceversa. Las manos deben ser lavadas y secadas antes de su colocación. Los guantes pueden ser estériles o no, los guantes estériles de látex deben utilizarse en todo procedimiento invasivo.

Gorro: de tela de algodón que cubra el cuero cabelludo y el cabello recogido.

Anteojos de Seguridad (antiparras): además de permitir una correcta visión deben tener protección lateral y frontal, ventilación indirecta, visor de policarbonato, sistema antirayaduras y antiempañantes, permitir el uso simultáneo de anteojos correctores y ser de uso personal.

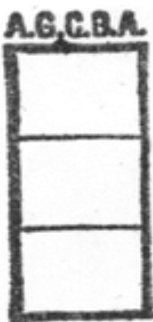
Barbijos: debe cubrir nariz y boca. Carecer de costura central para evitar el paso de gérmenes; ser de uso personal y descartable. Deben tener doble o triple barrera de protección y con filtro para enfermedades transmitidas por gotas pequeñas.

Camisolín: debe reunir las siguientes características, estar confeccionado en tela de algodón o similar, cubrir desde la base del cuello hasta debajo de las rodillas, y los brazos hasta la muñeca, con puño elastizado; estar provistos de tiras o abrojos para sujeción, cerrados y cruzados en la espalda. En los procedimientos quirúrgicos o médicos invasivos, deberán ser estériles.

Delantal Impermeable: su objeto es evitar el contacto con salpicaduras, líquidos o fluidos corporales del enfermo. Debe ser de material impermeable como PVC u otros con un espesor no menor de 200 micras y cubrir desde la base del cuello, tórax, abdomen y muslos, poseer sujeción al cuello y la cintura.

Botas: El objeto de esta barrera consiste solamente en proteger el pie y el calzado del operador de fluidos corporales o líquidos de lavado que puedan salpicarlos. Deben ser impermeables a los líquidos y adecuadamente ajustado al tercio inferior de la pierna. Deben ser descartables.

Todos los elementos de protección personal precedentemente descriptos no deberían ser utilizados fuera de las áreas de práctica médica. El personal hospitalario y/o pacientes no se debe trasladar por el hospital o fuera de él con las mismas ropas. El personal médico no debe salir de su lugar de trabajo, ni debería permanecer en comedores, cafeterías sean



Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

interna o externa del establecimiento o a su propio domicilio con la misma vestimenta.

Las funciones del CCI son:

1. Difundir y capacitar al personal en las precauciones universales. La higiene de manos y el correcto uso de las barreras.
2. Controlar la adherencia al lavado de manos a fin de evaluar la eficacia de la capacitación.
3. Registrar los accidentes por cortopunzantes y las salpicaduras, para corregir su implementación.

Reuniones del Comité

Una vez por mes.

Programa Anual de Prevención de Control de Infecciones

UTI

El Programa de Control de Infecciones incluyó el seguimiento de los eventos de infecciones asociadas a catéteres intravasculares y el uso de antibióticos.

Se realiza controles de la utilización de barreras y normas de aislamiento según categorización.

Se analizaron los datos de incidencia por germen y por foco de infección global del Hospital y de la UTI, la fuente utilizada son los registros de la Sección Bacteriología.

Tasa global de incidencia de infección intranosocomial por foco 2012:

Infección invasiva de la herida Quemadura: 17%

Infección relacionada a catéter: 10%

Infección urinaria: 9%

Neumonía asociada relacionada a ARM: 7%

Osteomielitis: 5%

Infección de partes blandas con pérdida de injertos: 12%

Otras: 6%



Tasa global de incidencia de infección intranosocomial por microorganismos 2012:

Infecciones por staphilococcus áureos metilino resistente: 31%

Infecciones por Acinetobacter baumannii: 22%

Infecciones por enterobacterias: 12 %

Manuales de Procedimientos e Instructivos

El Comité no tiene Normas de Bioseguridad tiene Recomendaciones.

No tienen Enfermera de Control de Infecciones (ECI) ni otro personal con horas asignadas a esta tarea durante el año 2012.

A partir del año 2014 el Comité cuenta con una Enfermera en Control de Infecciones (ECI) y en proceso la emisión de las normas de bioseguridad.

Encuadramiento de la infección invasiva de herida quemadura.

Las infecciones constituyen la principal complicación de los pacientes que sufren graves quemaduras, con una muy alta morbilidad y mortalidad atribuible. Esto explica varios fenómenos desencadenados por el trauma térmico. El primero en importancia es el daño a uno de los órganos más importantes del sistema inmune: la piel. La pérdida de grandes superficies dérmicas implica la desaparición de una barrera al ingreso de microorganismos. Este evento determina que los pacientes quemados graves, sean mucho más susceptibles a las infecciones nosocomiales. La más frecuente es la infección invasiva de la herida de quemadura, dado que el tratamiento de las heridas quemaduras es quirúrgico.

Debido a ello generalmente se ubica éstas infecciones dentro de las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ), entidad que se constituye en la segunda infección intrahospitalaria en los hospitales generales luego de la infección urinaria nosocomial.

Si se analiza la definición de las ISQ se encuentra que las heridas de quemaduras no tienen ninguna de las características necesarias para encuadrar en ése tipo de infecciones.

En primer lugar todas las definiciones coinciden en que las ISQ son las producidas luego de una incisión realizada con fines quirúrgicos y que puede ser cerrada piel contra piel. En cambio las heridas quemaduras son lesiones que no permiten esta unión, que producidas por una noxa térmica, química, eléctrica o radiactiva se presentan como una pérdida total o parcial de la epidermis o la dermis según su profundidad. Su cierre nunca es por sutura quirúrgica y no pueden acercarse por oposición de los extremos de la herida.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Entonces como toda herida abierta y no producida en un campo quirúrgico, ésta no debe considerarse dentro de las ISQ.

Su registro y tratamiento estadístico para el programa de Control de Infecciones constituye un capítulo particular: Infección Invasiva de la Herida Quemadura (IIHQ). En el control de este evento la principal carga de medidas de control no recae sobre el área quirúrgica, como si ocurre en las ISQ, sino que es compartida por diferentes áreas que realizan procedimientos donde las IIHQ pueden producirse.

No existen demasiados datos para poder comparar la tasa de IIHQ de los centros de quemados, los programas nacionales existentes y cuyos datos se reportan en la literatura, señalan que en EEUU tiene un módulo separado de infecciones en quemados y aparece como componente las IIHQ. Los sistemas europeos de control de infecciones no contemplan este módulo. Los últimos datos reportados corresponden al 2009 y son del 19% para la IIHQ.

Sistemas de Vigilancia

En el año 2012 el Comité no contaba con ECIS para la vigilancia activa y programada de adherencia a las medidas de prevención de incidentes por violación a las normas de Bioseguridad. Solamente se realizaron observaciones incidentales durante la práctica asistencial, se registraron y notificaron al responsable en cuestión en el “Registro de Observación”.

Control de Cumplimiento de las normas de bioseguridad

No hubo control de cumplimiento de normas de bioseguridad.

Casos de brote o variaciones en las tasas de infecciones

En el año 2012 se verificó un brote de pseudomonas aeruginosa con carbapenemasas tipo KPC, que, por tratarse de un tipo de mecanismo de resistencia en esta genoespecie no reportado en este centro hasta ese momento, constituyó un brote epidémico. Detectado el brote, se implementó la vigilancia activa por búsqueda de portadores en hisopado rectal de todos los pacientes que ingresan a las UTI y UCIA, reiterándose cada 15 días mientras permanezcan en la unidad. Una vez determinado su estado de portador como agente etiológico de infección, se intensifican las medidas de aislamiento de contacto y se dispone que dichos pacientes concurren a quirófano en el último turno. A los quirófanos utilizados se les realiza doble limpieza terminal con lavandina primero y surfanios después.



Hospitales	Progra ma anual preven ción	Vigilancia activa de Infecciones Hospitalarias	E C I S	Brote y cant de pacientes	Acciones respecto de los brotes
1.PINERO	SI	Uso de procedimientos invasivos, vigilancia en UTI, sitio quirúrgico, ginecología, ortopedia, traumatología, aislamientos, monitoreo de higiene hospitalaria, aislamiento.	3	NO	NO
2.ALVAREZ	NO	NO se realiza por falta de recurso humano.	3	NO	NO
3.RIVADAVIA	NO	En UTI, prevención de infecciones asociadas a dispositivos y en sitio quirúrgico monitoreo de higiene de manos.	1	SARM staphyloco ccus aureus meticilin resistente, contacto con piel, manos y superficies s/d pacientes	higiene de manos, guantes camisolín, barbijos, hisopado nasal al personal de terapia neonatal, limpieza de incubadoras.
4.FERNANDEZ	NO	Vigilancia continua de KPC, aislamiento.Seguimiento.	2	SARM 2 pacientes	Higiene de manos, descolonización nasal, aislamiento.
5.CURIE	NO	NO realiza.	0	NO	NO
6.PENNA	SI	Monitoreo de las infecciones asociadas a procedimientos invasivos (catéter urinario, venoso, asistencia ventilatoria mecánica).	4	NO	NO
7.DURAND	SI	En UTI catéteres venoso, urinario, ventilación mecánica. Mensual de microorganismos resistentes, por hisopado rectal en UTI, unidad coronaria, cirugía cardiovascular.	1	Smaltophili a UTIN UTIP 2 pacientes	UTIN se realizó cultivo en piletas de los pacientes por pérdida constante de agua, que dificultaba la desinfección por permanecer húmeda la mesada.
8.QUEMADOS	SI	NO se realiza por falta de recurso humano	0	KPC 4 pacientes UTI y UCIA	Hisopado rectal en UTI y UCIA, cada 15 días, aislamientos.

El brote involucró dos pacientes infectados y dos colonizados, pudiéndose controlar sin que volviera a encontrarse pseudomonas aeruginosa con carbapenemasas de tipo KPC hasta la actualidad.

No se registraron brotes epidémicos en el transcurso del año 2013.

Cursos de capacitación

Se da un curso anualmente de dos meses de duración: “Infecciones en el Paciente Quemado” que involucra distintos aspectos de la problemática infecciosa.

También se dicta tres clases de temas de “Bioseguridad e Infecciones” en el “Curso trimodular Anual de Atención Integral del Paciente Quemado”, este es obligatorio para concurrentes y residentes de la institución y optativo para el resto del personal.

La capacitación del personal de limpieza es un verdadero problema por la altísima tasa de rotación del mismo.

CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE LA SALUD (IACS)

DE LOS 8 HOSPITALES DE LA MUESTRA AÑO 2012

Aclaración:

En el Hospital Curie no funcionó el Comité de Control de Infectología (CCI), desde el 25 de noviembre de 2011 al 18 de marzo de 2014, es decir, durante 2 años, 4 meses y 21 días. En el resto de los Hospitales tienen CCI.

Del análisis de los datos recolectados del control de infecciones de los 8 Hospitales, dieron el siguiente resultado:

- Programa Anual de Prevención de Infecciones: No tienen 4 Hospitales: Alvarez, Rivadavia, Fernandez y Curie. Representa el 50%.
- Vigilancia activa de Infecciones Hospitalarias: No se realiza en 3 Hospitales: Alvarez, Curie y Quemados. Representa el 38 %.
- Cantidad de Enfermeras de Control de Infecciones: No tienen 2 Hospitales: Curie y Quemados. Representa el 25%.
- Brotes de microorganismos: Hubo en 4 Hospitales: Rivadavia, Fernandez, Durand y Quemados. Representa el 50%.
- Cantidad de pacientes infectados por Brote: En 1 Hospital no hubo datos: Rivadavia. En 3 Hospitales se detectaron 8 casos: Fernandez, Durand y Quemados. Representa el 38%.



- Acciones implementadas respecto a los Brotes: Se realizó en 4 Hospitales: Rivadavia, Fernandez, Durand y Quemados. Representa el 50%.
- No funcionó el Comité de Control de Infecciones, en 1 Hospital: Curie, en el año 2012 y durante un período de 2 años, 4 meses, 21 días. Representa el 13%.

ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS

La Higiene de Manos es la medida más sencilla, efectiva y económica, para la prevención y control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud, (IACS).

Las manos del personal de salud, son el vehículo más común de transmisión de microorganismos.

Requisitos básicos para la Técnica adecuada:

- Retirar alhajas (anillos, pulseras, reloj)
- Unas cortas y sin esmalte. No usar unas artificiales.
- Mangas cortas al codo.

Tipos de lavado de manos:

1. Lavado de manos social:

El tiempo de duración es de 40 a 60 segundos.

El lavado debe realizarse antes del contacto con los pacientes y cuando se van a realizar procedimientos no invasivos. Debe realizarse con soluciones jabonosas comunes.

2. Lavado de manos antiséptico:

El tiempo de duración es de 40 a 60 segundos.

El lavado de manos antiséptico debe practicarse antes de realizar procedimientos invasivos, aunque se deba utilizar guantes estériles. Debe realizarse con agua y un jabón antiséptico.

3. Lavado de manos en seco, con soluciones de base alcohólicas:

El tiempo de duración es de 20 a 30 segundos.

Éstas soluciones eliminan rápidamente los gérmenes de la piel de las manos con un 99,7% de eficacia.

4. Lavado de manos quirúrgico:

El tiempo de duración debe ser de 3 a 5 minutos.

Se realiza con agua y un jabón antiséptico. No se recomienda el uso de cepillos.

La misma técnica, puede realizarse con solución de base alcohólica previo lavado de manos social (Recomendación de la OMS).

Durante el año 2012 en los 8 Hospitales de la muestra, no se realizaron estudios de prevalencia al lavado de manos. De la documentación suministrada por el Hospital Pinero, informa que la adherencia, fue del 30%, sin detallar estudio realizado, Servicio, cantidad de personas, profesión de las mismas, período de tiempo.

Hospitales	% de Adherencia Lavado de manos
1. Pinero	30%
2. Alvarez	s/d
3. Rivadavia	s/d
4. Fernandez	s/d
5. Curie	s/d
6. Penna	s/d
7. Durand	s/d
8. Quemados	s/d

De los 8 Hospitales de la muestra, solo 1 Hospital (Pinero) informó el porcentual de adherencia al lavado de manos, que representa el 13%.

HISOPADOS RECTALES

La mayor parte de las infecciones hospitalarias en gran medida se producen en las áreas críticas, por tal razón, se dió relevancia a la prevención y control de infecciones a través de la realización de Hisopados Rectales (Vigilancia de microorganismos multirresistentes), que consiste en la búsqueda de colonización rectal por enterobacterias productoras de carbapenemasas (KPC) y enterococos resistentes a vancomicina (EVR), y sus resultados positivos.

Se realiza este control a todos los pacientes que tuvieron una estadía de más de 48 horas ó 72 horas, de acuerdo al Protocolo de cada Hospital, provenientes de otros establecimientos de Salud, Geriátricos, de otras Salas del mismo Efector, a fin de evitar la diseminación de gérmenes o el aumento de la morbimortalidad, que en su mayoría se encuentran en la UTI. La vigilancia de éstos gérmenes se realiza según normas internacionales y el Programa VIDHA de la Nación (Vigilancia de Infecciones Hospitalarias).

Se detalla a continuación la vigilancia de microorganismos multiresistentes mediante el hisopado rectal realizado a los pacientes internados en cada uno de los 8 hospitales de la muestra, en búsqueda de KPC (*Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemes) y EVR (enterococo vancomicina resistente) y sus resultados positivos.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Los listados contienen los siguientes datos:

1. **mes:** de realización de la muestra.
2. **hisopados analizados:** se refiere a la cantidad de hisopados.
3. **servicio:** es el área que solicitó a Bacteriología el análisis de la muestra.
4. **EVR y KPC:** son los resultados positivos de la muestra diferenciada por microorganismos.
5. **totales:** de la cantidad de hisopados y de los resultados positivos por organismo EVR y KPC.

Los cuadros son de elaboración propia, realizada en base a la documentación entregada por los efectores auditados, de las entrevistas con Jefes de Laboratorio, Bacteriología, Estadística, y datos extraídos de los Libros de Actas de Bacteriología.

Para el análisis se contemplaron los siguientes períodos: los meses de enero a diciembre del año 2012; febrero, junio y octubre del año 2013 y febrero, junio del año 2014.

Se cuantificaron los Hisopados rectales analizados y los resultados positivos por mes, por servicio en los doce meses de 2012, en los meses febrero, junio, octubre de 2013 y febrero, junio de 2014.

Los Libros de Actas de Bacteriología permite ver la cantidad de hisopados analizados, servicio solicitante de la muestra y sus resultados.

Aclaración: la abreviatura s/d, significa sin datos.

1. Hospital Pinero

Año 2012

mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Enero a diciembre	318	Clinica médica	40	11
Enero a diciembre	62	Cirugía	5	6
Enero a diciembre	73	Traumatología	3	31
	s/d	Obstetricia	s/d	s/d
Enero a diciembre	17	Ginecología	0	1
	1	Pacientes s/d	0	0
Enero a diciembre	1	Psicopatología mujeres	0	0
Enero a diciembre	1	Guardia	0	0
Enero a diciembre	201	Uti	50	26
Totales	674		98	75

De un total de 674 Hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 98, que representa el 15% y 75 KPC, que representa el 11%.

Año 2013

Febrero

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	5	Uti y Cirugía	0	0
Totales	5		0	0

Junio

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	1	Uti	0	0
Totales	1		0	0

Octubre

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Octubre	48	Uti y Cirugía	4	10
Totales	48		4	10

Total de hisopados analizados, por servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero, junio y octubre.

Año 2013 - Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	5	Uti y Cirugía	0	0
Junio	1	Uti	0	0
Octubre	48	Uti y Cirugía	4	10
Totales	54		4	10

De un total de 54 Hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 4, que representa el 7% y 10 KPC, que representa el 19%.

Año 2014

Fecha	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Enero a mayo	317	s/d	27	39
Totales	317		27	39

De un total de 317 Hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 27, que representa el 9% y 39 KPC, que representa el 12%.



2. Hospital Alvarez

Año 2012

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Enero	43	Uti, clinica médica	12	1
Febrero	32	Uti, clinica médica	6	1
Marzo	41	Uti, clinica médica	3	0
Abril	40	Uti, clinica médica	2	1
Mayo	54	Uti, clinica médica	10	4
Junio	45	Uti, traumatología	9	0
Julio	58	Uti, cirugía	11	1
Agosto	48	Uti, cirugía	2	1
Setiembre	60	Uti, cardiología	6	3
Octubre	60	Uti, guardia	12	4
Noviembre	45	Uti	17	2
Diciembre	47	Uti	14	4
Totales	573		104	22

De un total de 573 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 104, que representa el 18 % y 22 KPC, que representa el 4 %.

Año 2013

Febrero

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	42	Uti y clinica médica	2	0
Totales	42		2	0

Junio

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	72	Uti, clinica médica, guardia y cardiología	6	2
Totales	72		6	2

Octubre

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Octubre	68	Uti, clinica médica y cardiología	20	13
Totales	68		20	13

Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero, junio y octubre.

Año 2013	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	42	Uti y clinica médica	2	0
Junio	72	Uti, clinica médica y guardia	6	2
Octubre	68	Uti, clinica médica, guardia y cardiología	20	13
Totales	182		28	15

De un total de 182 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 28, que representa el 15 % y 15 KPC, que representa el 8 %.

Año 2014

Febrero

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	41	Uti, clinica médica y guardia	6	7
Totales	41		6	7

Junio

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	58	Uti, clinica médica y guardia	14	14
Totales	58		14	14

Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero y junio.

Año 2014	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	41	Uti, clinica médica, guardia	6	7
Junio	58	Uti, clinica médica, guardia	14	14
Totales	99		20	21

De un total de 99 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 20, que representa el 20 % y 21 KPC, que representa el 21 %.



3. Hospital Rivadavia

Año 2012

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Enero	0	0	s/d	0
Febrero	1	Uti	s/d	0
Marzo	2	clínica médica	s/d	0
Abril	0	0	s/d	0
Mayo	0	0	s/d	0
Junio	0	0	s/d	0
Julio	0	0	s/d	0
Agosto	0	0	s/d	0
Setiembre	0	0	s/d	0
Octubre	0	0	s/d	0
Noviembre	4	clínica médica y cirugía	s/d	0
Diciembre	8	Uti, cirugía y clínica médica	s/d	0
Totales	15		4 sin datos de mes ni servicio	0

De un total de 15 Hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 4, que representa el 27 % y 0 KPC, que representa el 0 %.

Año 2013

Febrero y Junio

No se realizaron hisopados.

Octubre

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Octubre	1	Clinica Médica	0	0
Totales	1		0	0

Año 2014

Febrero

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	11	Clinica médica	0	11
Totales	11		0	11

Junio

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	4	Clínica médica y uti	s/d	s/d
Totales	4		s/d	s/d



Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero y junio.

Año 2014	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	11	Clinica médica	0	11
Junio	4	Clínica médica y uti	s/d	s/d
Totales	15		0	11

De un total de 15 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 0, que representa el 0 % y 11 KPC, que representa el 73 %.

4. Hospital Fernandez

El Jefe de la División Laboratorio Central informó a través de una nota interna dirigida al Director Médico de fecha 11 de agosto de 2014, lo siguiente:

Cantidad de hisopados rectales, sin resultados positivos, ni Servicio solicitante:

Año 2012

Se realizaron 2133 hisopados.

Año 2013

Febrero: 46 hisopados.

Junio: 212 hisopados.

Octubre: 120 hisopados.

Año 2014

Febrero: 70 hisopados.

Junio: 245 hisopados.

5. Hospital Curie

Se informó sobre cantidad de hisopados y resultados positivos, sin detalle de los Servicios solicitantes.

Año 2012

Total de hisopados rectales anuales: 11, positivos 0.

Año 2013

Febrero: total de hisopados rectales: 1, positivos 0.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Junio: total de hisopados rectales: 1, positivos 0.

Octubre: total de hisopados rectales: 7, positivos 3 EVR (sin datos de la sala o servicio).

Año 2013: De un total de 7 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 3, que representa el 43 %.

Año 2014

Febrero: total de hisopados rectales: 3, positivos 0.

Junio: total de hisopados rectales: 5, positivos 0.

6. Hospital Penna

AÑO 2012

Mes	Hisopados analizados	Servicio	Positivo sin determinar germen
Enero	20	Uti y clinica médica	3
Febrero	23	Uti y clinica médica	2
Marzo	49	Uti y clinica médica	6
Abril	59	Uti y clinica médica	13
Mayo	40	Uti y clinica médica	5
Junio	37	Uti y clinica médica	0
Totales	228		29

De un total de 228 Hisopados analizados, resultaron positivos 29, que representa el 13%.

AÑO 2013

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	60	s/d	4	2
Totales	60		4	2

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	39	Uti y clinica médica	1	1
Totales			1	1



Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Octubre	32	Uti y clinica médica	2	0
Totales	32		2	0

Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero, junio y octubre.

Año 2013	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	60	s/d	4	2
Junio	39	Uti y clinica médica	1	1
Octubre	32	Uti y clinica médica	2	0
Totales	131		7	3

De un total de 131 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 7, que representa el 5 % y 3 KPC, que representa el 2 %.

AÑO 2014

FEBRERO

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	9	Uti y clinica médica	2	0
Total	9		2	0

JUNIO

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	26	Uti y clinica médica	6	3
Totales	26		6	3

Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero y junio.

Año 2014	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	9	Uti y clinica médica	2	0
Junio	26	Uti y clinica médica	6	3
Totales	35		8	3



De un total de 35 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 8, que representa el 23 % y 3 KPC, que representa el 9 %.

7. Hospital Durand

Año 2012

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Enero	0	Uti	0	0
Febrero	0	Uti	0	0
Marzo	0	Uti	0	0
Abril	0	Uti	0	0
Mayo	0	Uti	0	0
Junio	0	Uti	0	0
Julio	2	Uti	1	0
Agosto	0	Uti	0	0
Setiembre	3	Uti	0	0
Octubre	2	Uti	1	0
Noviembre	4	Uti	0	1
Diciembre	5	Uti	0	0
Totales	16		2	1

De un total de 16 Hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 2, que representa el 13 % y 1 KPC, que representa el 6 %.

Año 2013

Febrero

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	6	Uti	1	1
Totales	6		1	1

Junio

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	19	Uti	3	1
Totales	19		3	1

Octubre

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Octubre	24	uti	7	2
Totales	24		7	2

Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero, junio y octubre.

Año 2013	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	6	Uti	1	1
Junio	19	Uti	3	1
Octubre	24	Uti	7	2
Totales	49		11	4

De un total de 49 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 11, que representa el 22 % y 4 KPC, que representa el 8 %.

Año 2014

Febrero

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	15	uti	1	4
Totales	15		1	4

Junio

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	18	uti	1	3
Totales	18		1	3

Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero y junio.

Año 2014	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	15	uti	1	4
Junio	18	uti	1	3
Totales	33		2	7

8. Hospital Quemados

AÑO 2012

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Enero	s/d	s/d	s/d	s/d
Febrero	7	Uti y ucia	1	1
Marzo	9	Uti y ucia	1	0
Abril	3	ucia	0	0
Mayo	s/d	s/d	s/d	s/d
Junio	2	ucia	0	0

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Julio	25	Uti y ucía	0	0
Agosto	14	Uti, ucía y guardia	4	1
Setiembre	6	Uti y ucía	0	0
Octubre	14	Uti y ucía	5	1
Noviembre	20	Uti y ucía	5	3
Diciembre	9	Uti y ucía	1	0
Totales	109		17	6

De un total de 109 Hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 17, que representa el 16 % y 6 KPC, que representa el 6 %.

AÑO 2013

Febrero

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	12	Uti, ucía y guardia	3	0
Totales	12		3	0

Junio

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	15	Uti, ucía	1	1
Totales	15		1	1

Octubre

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Octubre	26	Uti y ucía	6	1
Totales	26		6	1

Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero, junio y octubre.

Ano 2013	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	12	Uti, ucía, guardia	3	0
Junio	15	Uti, ucía	1	1
Octubre	26	Uti, ucía	6	1
Totales	53		10	2

De un total de 53 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 10, que representa el 19 % y 2 KPC, que representa el 4 %.

Año 2014

Febrero

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	20	Uti y ucía	3	0
Totales	20		3	0

Junio

Mes	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Junio	22	Uti y ucía	3	0
Totales	22		3	0

Total de hisopados analizados, servicio solicitante y resultados positivos por germen de los meses de febrero y junio.

Año 2014	Hisopados analizados	Servicio	EVR positivo	KPC positivo
Febrero	20	Uti y ucía	3	0
Junio	22	Uti y ucía	3	0
Totales	42		6	0

De un total de 42 hisopados analizados, resultaron positivos con EVR 6, que representa el 14 % y 0 KPC, que representa el 0 %.

ANO 2012 TOTALES DE LOS 8 HOSPITALES DE LA MUESTRA

Del análisis de los 8 Hospitales de la muestra, se detalla a continuación el total de hisopados analizados en el año 2012 por cada Hospital, los resultados positivos por germen, y porcentuales de los mismos.

Hospital	Hisopados analizados	EVR positivo	KPC positivo	EVR Positivo %	KPC Positivo %
1. Pinero	674	98	75	15	11
2. Alvarez	573	104	22	18	4
3. Rivadavia	15	4	0	27	0
4. Fernandez	2133	s/d	s/d	s/d	s/d
5. Curie	11	0	0	0	0
6. Penna	228	29 sin determinación de germen		13 sin determinación de germen	
7. Durand	16	2	1	13	6
8. Quemados	109	17	6	16	6



TASA GLOBAL DE MORTALIDAD relacionada a las Infecciones Asociadas al Cuidado de Salud (IACS) del año 2012

El control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) es responsabilidad del personal de salud. Es fundamental la prevención y el control de estas infecciones, en la actividad, acciones, procedimientos y técnicas que se realizan directa e indirectamente con los pacientes.

Los 8 Hospitales de la muestra durante el año 2012, no realizaron la tasa global de mortalidad relacionada a Infecciones Hospitalarias Asociada a los Cuidados de Salud.

QUIROFANOS DE LOS 8 HOSPITALES DE LA MUESTRA

1. HOSPITAL PINERO

Quirófanos - Generalidades

El Área de Quirófanos, está a cargo de la Jefa del Departamento de Enfermería.

El Hospital cuenta con 5 Quirófanos Centralizados, identificados con las letras A, B, C, D y E.

Se procedió a la verificación de cada uno de ellos:

En el 1er Piso, funciona el Quirófano A de Cirugía con Anestesia Local. Por una escalera interior se llega al 2do Piso, donde se encuentran los quirófanos B, C, D y E, que realizan cirugías de mayor y media complejidad con anestesia general, de los Servicios de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Otorrinolaringología, Maxilofacial, Urología y Oftalmología.

En el 1er piso, hay 2 vestidores, uno para hombres y otro para mujeres. El baño tiene ducha, inodoro y bachea.

Los pedidos de insumos, se resuelven de 24hs a 48hs horas, a través de las distintas modalidades de compra.

El Office, al igual que el resto de las instalaciones, está limpio y ordenado. Todos los pisos, son de fácil limpieza, todas las paredes, con zócalos sanitarios y azulejadas hasta el techo. Se pinta cada 6 meses con los materiales que dicta la normativa.

Los ductos se limpian cada 2 meses al igual que los filtros.

La calefacción y el aire son centrales, de presión positiva y filtrado absoluto.



La limpieza general se realiza a fondo todos los sábados, siempre por el mismo personal, entrenado y capacitado por la Jefa de Quirófano y las ECIS. Los quirófanos se limpian, después de cada cirugía y al final de cada jornada, descartando materiales y residuos en bolsas cerradas.

Antes de ingresar al área semi-limpia, todo el personal debe utilizar el dispenser de alcohol en gel que se encuentra en la pared, junto a un armario donde se ordena la ropa de quirófano, que se usa diariamente, ordenada por talla.

Hay un depósito de materiales diversos: ropa, insumos, material de ortopedia y un montacargas.

La bacha para el lavado de manos, es de acero inoxidable y sobre ella hay 2 dispenser, uno de alcohol en gel y otro de solución antiséptica.

La ropa limpia, se recibe todos los días, incluso los sábados. La ropa sucia, se deposita en doble bolsa y la ropa esterilizada, se recibe en el 2do piso.

Los matafuegos, se controlan cada 6 meses.

Las salidas de emergencia, están convenientemente señalizadas.

Los pacientes ingresan al quirófano, por una puerta con rejas, que siempre permanece con llave y conduce a 2 recintos pequeños donde se realiza el cambio de vestimenta del personal de salud.

En el Quirófano A, hay 2 camillas, una central y otra auxiliar, para el caso de haber algún inconveniente con la principal. Los cubre-camillas se cambian entre uno y otro paciente. El espacio es amplio, las paredes están revestidas de linóleo para facilitar su limpieza.

Las lámparas cialíticas LED de luz fría, son fáciles de direccionar y se puede graduar su intensidad conforme a las necesidades, esto es común al resto de los quirófanos. También cuentan con frontolux de fibra óptica, la aparatología resulta suficiente.

La escalera interior, de acceso al 2do piso, tiene antideslizante, hay un sector de transferencia con 2 camillas con base removible para el traslado de los pacientes hasta el quirófano. En el lado opuesto hay otra camilla, exclusiva para el traslado desde Terapia Intensiva. En uno de los pasillos se encuentra un tablero de luces y disyuntores, cerrado. El grupo electrógeno funciona en perfectas condiciones.



Los 5 quirófanos son de similares características.

Las mesas de instrumental, las camillas de triple articulación (cefálica y podálica) a control remoto, son algunas más nuevas que otras, todas son funcionales y en buen estado de uso.

Cuentan con torres de gases medicinales centrales con oxígeno, aire comprimido y aspiración, aspiradores y tubo de oxígeno, carro de paro, mesa de anestesia y electrobisturí.

Los fluidos corporales, son desechados en recolectores descartables. El personal de Limpieza y Enfermería está hasta las 17 horas, las cirugías concluyen a las 16 horas.

En todos los Quirófanos, se encuentran recipientes con bolsas rojas y negras, y uno de color naranja donde se descartan las gasas utilizadas.

Para el Quirófano utilizado por Ortopedia y Traumatología, hay 2 camillas ortopédicas, una antigua y otra nueva, ambas en buen estado de uso.

En 3 de los 4 quirófanos cuentan con negatoscopio.

Las puertas de acceso, son de las dimensiones adecuadas para el paso de las camillas.

Cada quirófano tiene un interno y también intercomunicadores.

Por fuera de los quirófanos, se observa 2 aparatos de Rayos X de Arco en C (intensificador de imágenes con monitor) para estudios intraoperatorios, camillas (1 con oxígeno); lavabos con células fotoeléctricas, 6 canillas, 4 dispenser con solución antiséptica y 2 de alcohol en gel.

Un sexto quirófano, se usa como depósito, por falta de un lugar apropiado para la guarda de materiales.

Hay un montacargas con reja, para el traslado de ropa limpia y cajas quirúrgicas.

Las piezas anatómicas, se envían a Anatomía Patológica, previa registración.

En el sector sucio, se realiza el lavado de cajas quirúrgicas y se acopian los detergentes enzimáticos.

2. HOSPITAL ALVAREZ

Quirófanos - Generalidades

Las áreas quirúrgicas están descentralizadas y depende de cada Jefe de Servicio Quirúrgico. No existe el cargo de Jefe de Quirófanos.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



El Jefe del Departamento de Cirugía, verifica y controla las funciones de cada uno de los Jefes de Servicio, planifica los partes quirúrgicos, controla la lista de espera quirúrgica.

Del Departamento de Cirugía, depende: el Jefe de División Ortopedia y Traumatología, Jefa División Ginecología, Jefe Unidad Urología, Jefe Sección Otorrinolaringología, Jefe Sección Oftalmología, Jefe División Cirugía General, Jefa de Odontología y Jefe Sección Endoscopia.

Depende del Departamento de Cirugía el Área de Instrumentación, que no tiene estructura formal, a cargo de una Jefa designada internamente por el CATA.

El Jefe de Departamento de Cirugía, se reúne con los jefes de áreas para evaluar el funcionamiento, realiza reuniones con la Jefa de Instrumentación para conocer el estado de los quirófanos.

Llevan un Libro de Reuniones con jefes de Servicios, foliado y con fecha, asunto y firma de los presentes, iniciado en el año 2012.

El Hospital cuenta con 9 quirófanos: 3 de Traumatología, 1 de Ginecología, 1 de Urología, Oftalmología y Otorrinolaringología, 2 de Cirugía General, 1 de Gastroenterología para video endoscopias y 1 de Obstetricia. La Guardia utiliza uno de los quirófanos desde enero de 2012, a causa del incendio ocurrido en el Hospital.

La limpieza de los quirófanos se realiza antes y después de cada cirugía.

Una vez por semana se realiza la limpieza profunda de pisos paredes y filtros de aire acondicionado. Se asienta en una planilla de seguimiento mensual la limpieza a fondo por Área y Sector donde se certifica que la empresa contratada, ha prestado el servicio de limpieza de pisos, paredes, techo, vidrios, baños completos, tachos, cialítica (brazo), camillas. El mismo está firmado por el Jefe de División de Cirugía General.

En cada Quirófano, hay un Registro propio de Planilla Diaria, provista por la Empresa de Limpieza, por día, turno, se firma e indica horario del servicio programado y requerido con firma de conforme por parte de la Jefa de Instrumentación y la Supervisora de la empresa contratada.

Es suficiente la cantidad de insumos, para el lavado de manos (alcohol en gel, soluciones antisépticas, toallas descartables), camisolines, barbijos, botas, y demás materiales, del equipamiento de quirófano.

Se realizan pedidos semanales de insumos, por Instrumentación y el Jefe de Cirugía lo firma, para elevar. La vestimenta de quirófano se calcula que

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



usan por cada intervención, entre 8 a 9 ambos. Se unificó hace 2 años, una licitación única y se normalizaron los problemas de la falta de los mismos. Los encargados de cada área quirúrgica junto con la encargada de los Instrumentadores son responsable de la solicitud y recepción.

En el caso de falta de insumos, se registra en el Libro de Novedades de Quirófanos.

Tienen protocolo, para el uso de vestimenta de todo el personal, que ingresa al quirófano. El control, lo realizan las Instrumentadoras y la encargada de cada área quirúrgica. El registro, se asienta en el Libro de Quirófano.

El tipo de calefacción y aire acondicionado, que tienen los quirófanos descentralizados, son:

Cirugía General: antiguos, fuera de norma, aire tipo Split frío calor.

Traumatología: aire central y flujo laminar.

Urología Ginecología: remodelados, aire frío calor central sin flujo laminar.

Gastroenterología: aire tipo Split frío calor, fuera de norma.

Obstetricia: Aire frío calor central, sin flujo laminar.

El mantenimiento y cambio de filtro se realiza cada 6 meses, por la empresa contratada.

Los responsables del control, son los Jefes de Servicios. No poseen registros.

Cada Área Quirúrgica, tiene un sector para guardar materiales y ropa estériles (arsenal). Se re-esterilizan cada 30 días.

La señalización de las diferentes zonas del área de quirófano, sólo se encuentra en Traumatología, en los demás quirófanos no la tienen. Cada Jefe del Servicio, es el responsable directo del control. No hay registros formales de control de cumplimiento.

Los controles de la circulación del personal con ropa y materiales limpios por áreas sucias y viceversa, lo realizan las encargadas de cada Área Quirúrgica. El control, no se registra formalmente. La circulación del personal de quirófano, se adapta a las características de la estructura edilicia antigua, carecen de una adecuada reestructuración para implementar las normas.



En los quirófanos, se realiza un Check List de todos los pacientes que ingresan al mismo, como Protocolo, implementado desde hace 2 años en el marco del Comité de Calidad del Hospital.

Quirófanos de Cirugía General

El Área de Quirófanos de Cirugía General, está a cargo de un Médico de planta, Jefe de División. El personal bajo su dependencia, son: Instrumentadoras, Técnicos de Radiología, Médicos Cirujanos y Médicos residentes, asignados a las operaciones programadas, Auxiliares de personal de Limpieza permanente.

La División Cirugía General, cuenta con 2 salas y 2 quirófanos (Unidad 8 de hombres y Unidad 9 de mujeres). Se realizan: Cirugías de menor, media y mayor complejidad; Cirugía Laparoscópica, Procedimientos Endoscópicos, Diagnósticos y Terapéuticos, Cirugía Reparadora.

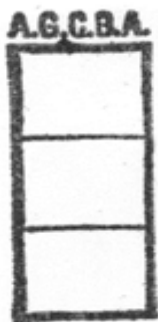
Está integrada por: 2 Jefes Médicos de Unidad 8 y Unidad 9, 8 Médicos de Planta permanente, 7 Médicos Residentes y 1 Administrativo.

La Higiene de los quirófanos, se encuentra a cargo de personal contratado, en el procedimiento de limpieza antes y después de cada Cirugía, se utiliza Hipoclorito de Sodio en dilución establecida, tienen Protocolo convenido en Pliego de Licitación. El responsable de su cumplimiento y control es el Supervisor de la misma Empresa. Se asienta en una Planilla de Seguimiento Mensual de Limpieza, por día, turno, se firma e indica horario del servicio programado y requerido con firma de conforme, por parte de la Jefa de Instrumentación y la Supervisora de la Empresa.

La cantidad de insumos, para el lavado de manos (alcohol en gel, soluciones antisépticas, toallas descartables), camisolines, barbijos, botas, y demás materiales del equipamiento de quirófano, es suficiente y completa. El responsable de la solicitud y recepción, es la Jefa de Instrumentación (Jefa del Área) se registran en un Libro de Solicitudes. Cuando faltan insumos, no se asienta por escrito.

El Área de Quirófanos, cuenta con 2 Licenciadas Jefes de Instrumentación, una, está a cargo del Área de Cirugía General, y otra a cargo del Área de Quirófanos. Desde hace 15 años, en el Hospital funciona la Escuela de Instrumentación Quirúrgica, a cargo de la Licenciada Jefa de Instrumentación, encargada de Quirófanos. El Servicio de Instrumentación, es un Servicio Escuela, cuenta con residentes.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



La vestimenta de los profesionales médicos, anestesiólogos e instrumentadores y demás personal que ingresa a quirófanos, lo hacen con vestimenta provista por el Hospital, a través del Servicio Contratado. Tienen Protocolo y los controles de cumplimiento, son realizados por los Jefes de Unidad y División. Se registran, la recepción y entrega de la vestimenta, por parte de Instrumentación, a todo el personal que ingresa al Área Quirúrgica.

Se realiza un check list para pacientes que ingresan a quirófano, que incluye datos del paciente y de la intervención, que lo completa la Instrumentadora, y demás responsables del acto quirúrgico. El paciente ingresa rotulado. Hay un instructivo para completarlo.

La calefacción y refrigeración son equipos "split" individuales para cada Quirófano, los filtros se cambian periódicamente, por la Empresa Contratada. Se verificó un Informe del Gerente Zonal de Operaciones de la Empresa Contratada con fecha 2/9/14, firmado, en que se detalla que en el Quirófano de Cirugía General se realiza una limpieza o sustitución de filtro de aire con frecuencia mensual. Con frecuencia trimestral se realiza verificación de ruidos o vibraciones extrañas, fugas de gas refrigerante, salto térmico que existe en el flujo de aire que pasa por el condensador y el evaporador, de funcionamiento de termostato y elementos de control, de carga de gas del circuito, limpieza de serpentinas y bandeja de condensado, de sifón o drenaje. Con frecuencia anual se realiza verificación de control remoto, de sujeción de turbinas y juego en bujes de motores, de apriete de borneras, interruptores, de fijación, soporte, estructura y aislaciones, limpieza de tablero, peinado de serpentinas.

Los materiales y ropa esterilizada, se depositan en Área Limpia (arsenal estéril). El material no utilizado, se re-esteriliza de acuerdo a normas, el material esterilizado con estufa es cada 6 meses, con óxido de etileno cada un año. Cuando es con autoclave, si es con doble envoltura de papel, 6 meses y tipo Pouch, un año.

Las diferentes zonas del quirófano, no tienen señalización, pero se encuentran diferenciadas, (vestuario - área intermedia - quirófano - área de lavado - ingreso de paciente). El responsable directo de su cumplimiento y control, es el personal de Instrumentación y Jefes Médicos.

La capacitación y control de la circulación del personal, con ropa y materiales limpios, por áreas sucias y viceversa, se realiza en forma
Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



habitual, a cargo de los Jefes de Cirugía y responsable de Instrumentación. No hay un registro formal.

3. HOSPITAL RIVADAVIA

Quirófanos - Generalidades

El Jefe de Quirófanos, es Médico de Sección de Cirugía Proctología.

El Hospital, cuenta con 5 quirófanos. Las cirugías que se realizan en todos los quirófanos son: cirugías mayores, medias y menores.

La limpieza del quirófano, se realiza luego de cada cirugía y previo a comenzar y finalizar los días, que se realizan procedimientos quirúrgicos. Los elementos utilizados para la desinfección y limpieza, son lavandina y agua. El servicio de limpieza está contratado. Los controles de las tareas de higiene, son realizados en forma mensual.

El uso de vestimenta de los profesionales médicos anestesiólogos e instrumentadoras, y demás personal de quirófano, son controlados.

No se registran faltantes de alcohol en gel, ni de soluciones antisépticas. Tampoco, se registran faltantes de camisolines, barbijos, botas y demás materiales del equipamiento de quirófano. En el caso de faltante se resuelve en el término de 24 a 48 horas.

La esterilización del instrumental, se realiza diariamente.

Se verificó que en las distintas zonas de limpio-sucio del quirófano, no hay señalización.

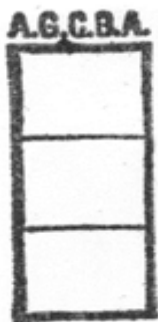
La circulación y permanencia de personal, en el paso de los materiales limpios por áreas sucias, se controla.

4. HOSPITAL FERNANDEZ

Quirófanos - Generalidades

La Planta Quirúrgica del Hospital se encuentra centralizada, en el piso sexto. Está a cargo de un Jefe Médico en Comisión, nombrado por la Dirección del Hospital, de planta en Ortopedia y Traumatología.

El personal que se desempeña en los quirófanos, depende funcionalmente del Jefe de Quirófanos. Las Instrumentadoras de planta, de la Jefa de Sección Quirófano y a su vez, del Jefe del Departamento Quirúrgico. Los camilleros, del Jefe de Camilleros, y el Personal de Limpieza está contratado. El Jefe Unidad Anestesia, depende de la Subdirección Médica y Enfermería de la Subgerencia de Enfermería.



El Hospital cuenta con 10 Quirófanos Centralizados, designados del 1 al 10, destinados a los siguientes Servicios: el 1 para Guardia, Oftalmología y Otorrinolaringología y Maternidad, el 2 para Guardia, el 3 Cirugía Plástica, Neurocirugía y Urología, 4 y 5 Cirugía y Ginecología, 6 y 8 Ortopedia, 7 Ortopedia, Urología, Cirugía, Plástica, 9 Gastroenterología y Ortopedia, y 10 Neumonología Cardiovascular y Cardiología.

La higiene de los quirófanos se efectúa conforme a las normas del Comité de Control de Infecciones. La limpieza se realiza después de cada cirugía y la limpieza final al culminar la actividad del día. El primer viernes de cada mes, se procede a la fumigación y posterior limpieza profunda, los sábados por la mañana. Todas las mañanas se repasan los quirófanos, previo al comienzo de la actividad diaria.

Para la desinfección y limpieza, se utiliza el amonio cuaternario, en forma líquida para las superficies y en espuma para la aparatología. El control de las tareas de higiene, está a cargo de la Supervisión de la Empresa Contratada, la capacitación del personal de limpieza es realizada por el Comité de Control de Infecciones.

La cantidad de camisolines, botas, barbijos o demás insumos, son suficientes, algunas veces no tienen continuidad de entrega y la calidad no es buena, razón por la cual deben hacerse los reclamos correspondientes. No cuentan con alcohol gel para lavado quirúrgico, utilizando Clorexidina o Pervinox jabón, tienen alcohol gel para realizar los cinco lavados de mano durante la atención del paciente. Estos insumos suelen ser escasos o se entregan en presentaciones demasiado grandes que dificulta la distribución en el área.

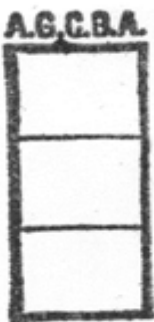
En la Planta Quirúrgica existen ambos de tela y de material descartable, para los profesionales médicos, anesthesiólogos e instrumentadores, que ingresan por Compra por Licitación. El control de la utilización correcta de la ropa del personal de salud, no se realiza.

La limpieza de los filtros de los equipos de aire acondicionado de los quirófanos, está a cargo del Servicio de Mantenimiento.

Los materiales y la ropa estéril se guardan en el depósito de materiales, en estantes. El servicio de ropa esterilizada está tercerizado y entra todos los días.

La verificación de la señalización de las diferentes zonas del área de quirófanos, cuenta con cartelería de hace aproximadamente más de 25 años.

La distribución de las áreas limpias y sucias se encuentran bien diferenciadas. Los controles respecto de la circulación y permanencia de



personal en el paso de los materiales limpios por áreas sucias, está a cargo de la Supervisora Directa intermedia.

5. HOSPITAL CURIE

Quirófanos - Generalidades

El Área de Cirugía General depende del Departamento Quirúrgico, y está a cargo de un Médico de División Cirugía.

El Hospital cuenta con 3 Quirófanos, de los cuales 2 están funcionando y 1 no se puede utilizar por falta de Mesa de Anestesia.

Las Cirugías que se realizan son: Torácica, Maxilofacial, Ortopédica, Ginecológica, Mamaria, Urológica y Plástica.

El área está integrada por 4 Médicos y 1 Enfermero de Consultorios Externos. El personal de Enfermería, se comparte con Consultorios Externos. Los Servicios carecen de personal administrativo.

En el área de Quirófano los vestuarios no están diferenciados en hombres y mujeres, todos se cambian en el mismo lugar.

La higiene del quirófano, se efectúa luego de cada cirugía, con una limpieza profunda vespertina y limpieza esporádica en altura. En general la incidencia de patología séptica de gérmenes intrahospitalarios es escasa y de haberla existe mecanismos de pronta solución.

La cantidad de camisolines, botas, barbijos o demás insumos, en general son suficientes. Existen faltantes de insumos de mayor complejidad: suturas mecánicas, pinzas hemostáticas eléctricas y de aparatología moderna para los quirófanos.

6. HOSPITAL PENNA

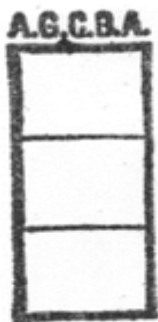
Quirófanos - Generalidades

El Jefe del Departamento de Cirugía General, es Médico de planta.

Integran el área: cirujanos, técnicos y personal de apoyo, un total aproximado de 30 personas.

Cuentan con 3 quirófanos, se pueden realizar cualquier tipo de cirugía, con anestesia general.

Para la higiene de quirófano, se realiza un procedimiento de limpieza antes y después de cada cirugía, utilizando amonio cuaternario, también se usa, para la limpieza de mesas, camillas y accesorios. La frecuencia de limpieza es diaria con amonio. Una vez por semana hacen la limpieza



general, con detergente y lavandina. Los controles de las tareas de higiene, están a cargo del Equipo de Poliequipos del Hospital J.M.Penna.

Los insumos, para el lavado de manos (alcohol en gel, soluciones antisépticas, toallas descartables), camisolines, barbijos, botas, y demás materiales del equipamiento de quirófano, son suficientes.

Los controles de vestimenta de los profesionales médicos, anesthesiólogos y personal del quirófano, se lleva a cabo observando lo establecido en un protocolo, que existe en el quirófano, siendo éste respetado por todos. No llevan registros.

La limpieza de los filtros de los equipos de aire acondicionado, es realizada por el Equipo de Poliequipos del Hospital.

Los materiales y la ropa esterilizada de quirófano, se guardan en estanterías abiertas, que se encuentran en quirófano.

No existe señalización de las diferentes zonas de quirófano.

No se realizan los controles de circulación del personal, en áreas limpias con materiales usados y viceversa.

El descarte de materiales usados, por el personal del quirófano, se realiza en los vestuarios, donde se encuentran 2 recipientes, destinados para ello: en uno, se dejan los barbijos, cofia, cubre calzado, y en el otro, la vestimenta con destino a esterilización.

7. HOSPITAL DURAND

Quirófanos - Generalidades

El Departamento de Cirugía, está a cargo de un Jefe Médico de planta.

El personal del Área de Quirófanos, se encuentra integrada por 19 empleados de planta y 3 personal de cama de Empresa Contratada.

El Hospital tiene 7 Quirófanos: 2 utilizados para Cirugía General (Vías Biliares, Colonoscopia, Tórax, etc.), 1 quirófano de Guardia, y otro chico que está cerrado y es utilizado como depósito de la Guardia. En los demás, se realizan distintos tipos de Cirugía.

Al terminar las cirugías del día, la Empresa de Limpieza contratada hace el procedimiento de una limpieza profunda, el personal que lo realiza es siempre el mismo, capacitado para el sector. Todas las mañanas antes de iniciar las actividades, se realiza un repaso general. Hacen la limpieza universal, doble trapo, doble balde. Los elementos que utilizan son:

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



primero agua y jabón o detergente, y el enjuague final agua y lavandina. Los controles lo realiza el personal de Instrumentación.

De los insumos, para lavado de manos (alcohol en gel, soluciones antisépticas, toallas descartables), camisolines, barbijos, botas, y demás materiales del equipamiento de quirófano, no se registraron faltantes durante el período auditado.

La ropa de los profesionales Médicos, Anestesiólogos e Instrumentadores y demás personal del quirófano, son entregadas a la entrada del quirófano. Los controles se realizan, a través de la lista de intervenciones del día, a partir de la cual se determina el personal interviniente, y se lo provee de la vestimenta adecuada (ambos, botas, barbijos, etc.).

La limpieza de los filtros de los equipos de aires acondicionados, son realizados por una Empresa Contratada.

La ropa esterilizada de quirófano, se deposita en el Office, en un sector destinado a tal efecto, donde también se guarda el instrumental esterilizado. Una vez usados, se embolsan y se remiten a otro sector, para ser nuevamente esterilizados.

En las tres Áreas del Quirófano: Restringida, Semi-restringida y sin Restricción, no hay señalización. El personal se conduce por el conocimiento de su actividad diaria, de acuerdo a las características y funcionamiento de cada sector.

No se realiza la capacitación y control de la circulación del personal con ropa y materiales limpios, por áreas sucias y viceversa.

8. HOSPITAL QUEMADOS

Quirófanos - Generalidades

El Departamento de Quemados y Cirugía Plástica, está integrada por una División Quemados con 4 Unidades y 1 Sección Internación. Fuera de estructura se encuentra Internación de Corta Estadía y Banco de Tejido.

Las 4 Unidades son: Unidad Adultos, Unidad Pediátrica, Unidad de Cirugía Plástica y Unidad Banco de Tejido.

El Departamento de Quemados y Cirugía Plástica cuenta con 6 quirófanos, de los cuales 4 están habilitados y 2 no funcionan. Tienen 2 salas de baño terapia y 1 sala de recuperación anestésica.

La Internación de Corta Estadía es un servicio fuera de estructura, con la finalidad de brindar atención a pacientes adultos que requieren tratamientos cortos. Se realizan escarectomías, toallote quirúrgica, colgajos. Utilizan los quirófanos de Quemados.

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



La ropa esterilizada la entrega farmacia en cajas, junto con las gasas, vendas, bajo llave.

La vestimenta, se entrega tarde, rota y descosidas. Lo mismo que la ropa de cama.

La circulación del personal y el almacenamiento de materiales, es controlada.

La instalación eléctrica en los quirófanos es deficiente, se utilizan "zapatillas" múltiples en los equipos.

No existe señalética en las áreas de quirófanos.

El tablero de electricidad no tiene tapa.

La limpieza de los filtros de aire acondicionado se realiza cada 3 meses.

Existe faltante de alcohol en gel en las salas, habitaciones y en consultorios y provisión de antisépticos. Faltan insumos de toallitas descartables, antisépticos para curación, tópicos para heridas, camisolines y campos.

La limpieza de los quirófanos se realiza antes y después de cada cirugía. Finalizada las cirugías se hace la limpieza general con antisépticos e hipoclorito, los miércoles se realiza la limpieza de paredes, techos e instrumental.

QUIROFANOS VERIFICACION IN SITU

Se realizó la recorrida de los Quirófanos de los 8 Hospitales de la muestra, con las autoridades de los respectivos Hospitales, que firmaron al pie, de cada una de las grillas. Se procedió a verificar los requisitos mínimos del estado de la planta física de los mismos, conforme la Resolución nro. 573/00, de Salud Pública del Ministerio de Salud de la Nación, sobre Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales. A continuación se detalla:

1. Hospital Pinero

Zona de circulación restringida	si	no	observaciones
Quirófano medidas: 9m2 x 3m	x		Varias medidas
Quirófano medidas: 12m2 x 3,50m	x		
Quirófano medidas: 16m2	x		
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables	x		
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Iluminación: general, 500 lux y sobre campo operatorio de 3000-10000 lux	x		

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Climatización: 20-24 grados	x		
El área se encuentra limpia, desinfectada y esterilizada?	x		
Area de lavado y vestuario	x		
Superficie de 6m2 x 2,50m	x		
El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, está en relación directa con el quirófano?	x		Cuenta con baño, ducha y vanitory privado.
Existe mesada o pileta para lavado quirúrgico con accionamiento a codo y pedal o automático?	x		
Tiene dispositivo con jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual?	x		
Tiene secamanos con aire caliente o material desechable?	x		
Portabolsa para ropa usada y limpia	x		
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables	x		
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Zona de circulación semirestringida	x		
El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, está en condiciones de asepsia y seguridad?	x		
Tiene pileta, armario para drogas, soporte de suero, toallero, carrito para suministros?	x		
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de materiales usados , instrumental, cuenta con pileta, toallero, carrito para suministros?	x		
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de equipos médicos, materiales y herramientas se encuentra en condiciones de asepsia y seguridad?	x		

2. Hospital Alvarez

Zona de circulación restringida	si	no	observaciones
Quirófano medidas: 9m2 x 3m	-	-	
Quirófano medidas: 12m2 x 3,50m	-	-	
Quirófano medidas: 16m2	x		
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables	x		
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		azulejos
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Iluminación: general, 500 lux y sobre campo operatorio de 3000-10000 lux	x		No hay datos de potencia a la vista. Luces direccionales nueva, con manopla estéril para manipularla durante la intervención.
Climatización: 20-24 grados	x		Aire acondicionado split
El área se encuentra limpia, desinfectada y esterilizada?		x	Limpia y desinfectada

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Área de lavado y vestuario			
Superficie de 6m2 x 2,50m	x		
El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, está en relación directa con el quirófano?	x		
Existe mesada o pileta para lavado quirúrgico con accionamiento a codo y pedal o automático?		x	Manual
Tiene dispositivo con jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual?	x		Con codo
Tiene secamanos con aire caliente o material desechable?	x		Material desechable
Portabolsa para ropa usada y limpia	x		
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables	x		Desgaste en piso por antigüedad
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Zona de circulación semirestringida			
El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, está en condiciones de asepsia y seguridad?	x		Arsenal en área limpia Todo rotulado separado por cajas, por fechas, para reesterilizar
Tiene pileta, armario para drogas, soporte de suero, toallero, carrito para suministros?	x		
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de materiales usados , instrumental, cuenta con pileta, toallero, carrito para suministros?	x		
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de equipos médicos, materiales y herramientas se encuentra en condiciones de asepsia y seguridad?	x		

3. Hospital Rivadavia

Zona de circulación restringida	si	no	observaciones
Quirófano medidas: 9m2 x 3m	-	-	
Quirófano medidas: 12m2 x 3,50m	-	-	
Quirófano medidas: 16m2	x		Más de 16m2
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	Sin antideslizante
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		Liso con matafuego
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		Liso con matafuego
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		No hay camilla de transferencia
Iluminación: general, 500 lux y sobre campo operatorio de 3000-10000 lux	x		
Climatización: 20-24 grados		x	
El área se encuentra limpia, desinfectada y esterilizada?	x		
Área de lavado y vestuario			
Superficie de 6m2 x 2,50m	x		
El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, está en relación directa con el quirófano?	x		

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Existe mesada o pileta para lavado quirúrgico con accionamiento a codo y pedal o automático?		x	Hay pileta sin pedal automático
Tiene dispositivo con jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual?		x	
Tiene secamanos con aire caliente o material desechable?		x	
Portabolsa para ropa usada y limpia		x	
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	Lisos y sin desgaste, sin antideslizante
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego		x	Lisas y lavables. No es ignífuga
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego		x	Lisas y lavables. No es ignífuga
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas		x	
Zona de circulación semirestringida			
El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, está en condiciones de asepsia y seguridad?	x		
Tiene pileta, armario para drogas, soporte de suero, toallero, carrito para suministros?	x		
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?		x	No es ignífugo
El depósito de materiales usados , instrumental, cuenta con pileta, toallero, carrito para suministros?		x	Falta toallero y carrito de suministro.
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?		x	No es ignífugo
El depósito de equipos médicos, materiales y herramientas se encuentra en condiciones de asepsia y seguridad?	x		

4. Hospital Fernandez

Zona de circulación restringida	si	no	observaciones
Quirófano medidas: 9m2 x 3m	-	-	
Quirófano medidas: 12m2 x 3,50m	x		Son dos de 6x5mts.
Quirófano medidas: 16m2	x		Son en 8 de 6x5mts
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	De los 10 quirófanos solo en 6-8-10 Pisos nuevos. Los otros tienen el piso desgastado.
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego		x	Solo nuevas 6-8-10
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego		x	Solo están en condiciones 6-8-10.
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		Se encuentran en malas condiciones
Iluminación: general, 500 lux y sobre campo operatorio de 3000-10000 lux		x	Solo 6-8-10.
Climatización: 20-24 grados		x	No tienen forma de regularse, los aparatos tienen 30 años de antigüedad
El área se encuentra limpia, desinfectada y esterilizada?	x		
Área de lavado y vestuario			
Superficie de 6m2 x 2,50m	x		El vestuario de mujeres es chico.
El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, está en relación directa con el quirófano?		x	
Existe mesada o pileta para lavado quirúrgico	x		Todos a codo, menos los 6-8-10 que

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



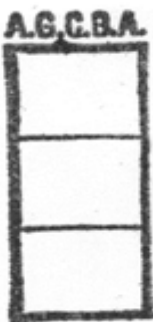
con accionamiento a codo y pedal o automático?			son automáticos.
Tiene dispositivo con jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual?		x	Se necesita.
Tiene secamanos con aire caliente o material desechable?		x	Secamos con aire caliente que no sirve.
Portabolsa para ropa usada y limpia	x		Son escasas.
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	Solo 6-8-10, el resto de los pisos es con mosaico de 30 años.
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		Son azulejos.
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		Muy antiguas y con problemas.
Zona de circulación semirestringida			
El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, está en condiciones de asepsia y seguridad?	x		
Tiene pileta, armario para drogas, soporte de suero, toallero, carrito para suministros?	x		Los carros para suministros son antiguos.
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		Los pisos y paredes son de azulejos y mosaicos de 30 años de antigüedad.
El depósito de materiales usados , instrumental, cuenta con pileta, toallero, carrito para suministros?		x	No cuenta con toallero.
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		Los pisos y paredes son de azulejos y mosaicos de 30 años de antigüedad. Son resistentes al fuego.
El depósito de equipos médicos, materiales y herramientas se encuentra en condiciones de asepsia y seguridad?		x	No hay un espacio exclusivo en el área

Los quirófanos 6, 8 y 10 se inauguraron en septiembre del 2013.

5. Hospital Curie

Zona de circulación restringida	si	no	observaciones
Quirófano medidas: 9m2 x 3m		x	5m2 x 3
Quirófano medidas: 12m2 x 3,50m	-	-	
Quirófano medidas: 16m2	-	-	
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Iluminación: general, 500 lux y sobre campo operatorio de 3000-10000 lux	x		Cialítica
Climatización: 20-24 grados	x		Difícil de graduar en uno de los 2 quirófanos
El área se encuentra limpia, desinfectada y esterilizada?	x		
Área de lavado y vestuario			
Superficie de 6m2 x 2,50m		x	Aprox. 3x2
El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, está en relación directa con el quirófano?	x		
Existe mesada o pileta para lavado quirúrgico con accionamiento a codo y pedal o	x		

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



automático?			
Tiene dispositivo con jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual?		x	
Tiene secamanos con aire caliente o material desechable?		x	
Portabolsa para ropa usada y limpia		x	La ropa se coloca en bolsas descartables
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	Con desgaste
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Zona de circulación semirestringida			
El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, está en condiciones de asepsia y seguridad?	x		Espacio reducido
Tiene pileta, armario para drogas, soporte de suero, toallero, carrito para suministros?		x	Tiene bachas y soporte para suero.
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de materiales usados , instrumental, cuenta con pileta, toallero, carrito para suministros?		x	Tiene pileta en office. No tienen toallero.
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de equipos médicos, materiales y herramientas se encuentra en condiciones de asepsia y seguridad?	x		

6. Hospital Penna

Zona de circulación restringida	si	no	observaciones
Quirófano medidas: 9m2 x 3m	-	-	
Quirófano medidas: 12m2 x 3,50m	-	-	
Quirófano medidas: 16m2	x		Superior a los 16m2
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	Pisos lisos pero sin antideslizante.
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		Paredes azulejadas.
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Iluminación: general, 500 lux y sobre campo operatorio de 3000-10000 lux	x		Con tubos y lámparas cialíticas
Climatización: 20-24 grados	x		
El área se encuentra limpia, desinfectada y esterilizada?	x		
Área de lavado y vestuario			
Superficie de 6m2 x 2,50m	x		
El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, está en relación directa con el quirófano?	x		A 3 mts de los quirófanos en un área restringida.
Existe mesada o pileta para lavado quirúrgico con accionamiento a codo y pedal o automático?	x		4 Piletas con accionamiento a codo
Tiene dispositivo con jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual?	x		Dispositivo con solución jabonosa y toallas para lavado de manos. Cepillos descartable con clorexidina

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

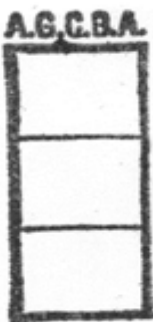


			para lavado quirurgico.
Tiene secamanos con aire caliente o material desechable?		x	
Portabolsa para ropa usada y limpia	x		
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	Sin antideslizante
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		Mitad de la pared azulejada
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Zona de circulación semirestringida			
El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, está en condiciones de asepsia y seguridad?	x		Se encuentra en zona limpia y aséptica, pero con el inconveniente que para llegar hay que pasar a través de un quirófano.
Tiene pileta, armario para drogas, soporte de suero, toallero, carrito para suministros?	x		
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de materiales usados , instrumental, cuenta con pileta, toallero, carrito para suministros?	x		El instrumental usado, se deja en la mesada, para ser transportado a la central de Esterilización, que se encuentra dentro del Hospital.
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	-	-	
El depósito de equipos médicos, materiales y herramientas se encuentra en condiciones de asepsia y seguridad?	-	-	

7. Hospital Durand

Zona de circulación restringida	si	no	observaciones
Quirófano medidas: 9m2 x 3m	-	-	
Quirófano medidas: 12m2 x 3,50m	-	-	
Quirófano medidas: 16m2	x		
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	Sin antideslizante
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		Con azulejos 3/4 partes de la altura
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Iluminación: general, 500 lux y sobre campo operatorio de 3000-10000 lux	x		
Climatización: 20-24 grados	x		
El área se encuentra limpia, desinfectada y esterilizada?	x		
Área de lavado y vestuario			
Superficie de 6m2 x 2,50m	x		Supera en m2.
El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, está en relación directa con el quirófano?	x		Se encuentra en el área semirestringida.
Existe mesada o pileta para lavado quirúrgico con accionamiento a codo y pedal o automático?	x		
Tiene dispositivo con jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual?		x	
Tiene secamanos con aire caliente o material desechable?		x	

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Portabolsa para ropa usada y limpia	x		Están en el área semirestringida
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables		x	Sin antideslizante
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Zona de circulación semirestringida			
El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, está en condiciones de asepsia y seguridad?	x		Depósito cerrado con llave.
Tiene pileta, armario para drogas, soporte de suero, toallero, carrito para suministros?	x		
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de materiales usados , instrumental, cuenta con pileta, toallero, carrito para suministros?		x	El instrumental se lava en el piso. La ropa se envía a Esterilización. Una vez estéril se guarda en cajas y/o paquetes.
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de equipos médicos, materiales y herramientas se encuentra en condiciones de asepsia y seguridad?	x		

8. Hospital Quemados

Zona de circulación restringida	si	no	observaciones
Quirófano medidas: 9m2 x 3m		x	4 quirófanos de 5m x 5m.
Quirófano medidas: 12m2 x 3,50m			
Quirófano medidas: 16m2			
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables	x		
Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Iluminación: general, 500 lux y sobre campo operatorio de 3000-10000 lux	x		
Climatización: 20-24 grados	x		Es de 26 grados según los pacientes
El área se encuentra limpia, desinfectada y esterilizada?	x		
Área de lavado y vestuario			
Superficie de 6m2 x 2,50m	x		
El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, está en relación directa con el quirófano?	x		
Existe mesada o pileta para lavado quirúrgico con accionamiento a codo y pedal o automático?		x	
Tiene dispositivo con jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual?		x	
Tiene secamanos con aire caliente o material desechable?		x	Hay en 1 solo quirófano.
Portabolsa para ropa usada y limpia	x		
Pisos: lisos, sin desgaste, antideslizante, lavables	x		

Av. Corrientes 640 – 6to. piso – C1043AAT – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Paredes: lisas, lavables, resistente al fuego	x		
Cielorrasos: liso, lavable, resistente al fuego	x		
Puertas: que permita el paso de camillas y silla de ruedas	x		
Zona de circulación semirestringida			
El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, está en condiciones de asepsia y seguridad?	x		
Tiene pileta, armario para drogas, soporte de suero, toallero, carrito para suministros?	x		
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de materiales usados , instrumental, cuenta con pileta, toallero, carrito para suministros?		x	Falta toallero.
Los pisos, cielorrasos y paredes, son lisos, lavables y resistente al fuego?	x		
El depósito de equipos médicos, materiales y herramientas se encuentra en condiciones de asepsia y seguridad?	x		

De la verificación de los quirófanos de los 8 Hospitales de la muestra, arrojaron el siguiente resultado:

Hospital Alvarez: No cuenta con pileta con accionamiento a codo y pedal o automático, los pisos tienen desgaste por antigüedad.

Hospital Rivadavia: No tienen pisos con antideslizante, camilla de transferencia, climatización que pueda regularse, pileta con accionamiento automático, dispositivo de jabón o solución antiséptica no manual, secamanos con aire caliente o material desechable, portabolsas para ropa usada y limpia, las puertas no permiten el acceso del paso de camillas y sillas de ruedas, falta toallero y carrito de suministros.

Hospital Fernandez: Tienen pisos desgastados en 7 de los 10 quirófanos, los 3 restantes, tienen pisos nuevos. Las paredes y cielorrasos solo se encuentran en buenas condiciones en 3 de los 10 quirófanos. Las puertas se encuentran en malas condiciones, pero permiten el acceso de camillas y sillas de ruedas. No tienen iluminación adecuada en 7 de los 10 quirófanos. La climatización no tiene forma de regularse, los equipos datan de 30 años de antigüedad. El vestuario de mujeres no cuenta con las dimensiones reglamentarias. El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico no está en relación directa con los quirófanos. No tienen dispositivo de jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual. Tienen un secamanos con aire caliente que no sirve. Los portabolsas para ropa usada y limpia son insuficientes. Las paredes se encuentran revestidas con azulejos. Los carritos para suministros son antiguos. El depósito de materiales usados, no cuenta con toallero. No hay un espacio exclusivo para el depósito de equipos médicos y materiales.

Hospital Curie: La climatización es difícil de graduar en uno de los 2 quirófanos. No tienen dispositivo de jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual. No tiene secamanos con aire caliente o material desechable. No tienen portabolsas para ropa usada y limpia, la ropa se coloca en bolsas descartables. Los pisos tienen desgaste. El área limpia de almacenamiento de medicamentos, instrumental, ropa, equipos, cuenta con un espacio reducido. No tiene armario para drogas, ni toallero, ni carrito para suministros. La pileta se encuentra en el office.

Hospital Penna: Los pisos no tienen antideslizantes. No tienen secamanos con aire caliente o material desechable.

Hospital Durand: Los pisos no tienen antideslizantes, las paredes tienen azulejos. No tiene dispositivo de jabón o solución antiséptica no manual. No tiene secamanos con aire caliente o material desechable. El instrumental usado se lava en el piso, y la ropa se envía a Esterilización, finalizado el proceso vuelve al servicio en cajas y/o paquetes.

Hospital Quemados: Las superficies de los quirófanos no son las adecuadas a la normativa vigente. La climatización es de 26 grados. No tienen mesada o pileta para lavado quirúrgico. No tienen dispositivo de jabón o solución antiséptica con accionamiento no manual. No tienen secamanos con aire caliente o material desechable en todos los quirófanos, sólo hay en 1 de ellos. Falta toallero.

Realizado el análisis, se detectaron los siguientes faltantes:

1. En 3 Hospitales, que representa el 38%: Falta pileta con accionamiento a codo y pedal o automático, (Hospitales Alvarez, Rivadavia y Quemados).
2. En 3 Hospitales, que representa el 38%: La Climatización no es regulable: (Hospitales Rivadavia, Fernandez y Curie).
3. En 2 Hospitales, que representa el 25%: Los pisos tienen desgaste por antigüedad: (Hospitales Alvarez y Fernandez).
4. En 3 Hospitales, que representa el 38%: Los pisos no tienen antideslizante: (Hospitales Rivadavia, Penna y Durand).
5. En 5 Hospitales, que representa el 63%: Falta de dispositivo de jabón o solución antiséptica no manual: (Hospitales Rivadavia, Fernandez, Curie, Durand y Quemados).
6. En 5 Hospitales, que representa el 63%: Carecen de secamanos con aire caliente o material desechable: (Hospitales Rivadavia, Fernandez, Curie y Durand y Quemados).

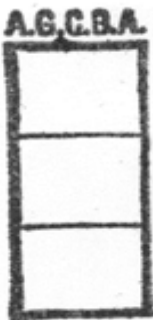


7. En 3 Hospitales, que representa el 38%: No cuentan con portabolsas para ropa usada y limpia: (Hospitales Rivadavia, Fernandez y Curie).
8. En 1 Hospital, que representa el 13%: Las puertas no permiten el acceso del paso de camillas y silla de ruedas: (Hospital Rivadavia).
9. En 2 Hospitales, que representa el 25%: Falta toallero y carrito de suministros: (Hospitales Rivadavia y Curie).
10. En 2 Hospital, que representa el 25%: Falta toallero: (Hospital Fernandez y Quemados).
11. En 1 Hospital, que representa el 13%: La iluminación no es acorde a la normativa: (Hospital Fernandez, en 7 de los 10 quirófanos).
12. En 1 Hospital, que representa el 13%: El vestuario de mujeres no cuenta con las superficies reglamentarias: (Hospital Fernandez).
13. En 1 Hospital, que representa el 13%: El área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, no está en relación directa con los quirófanos: (Hospital Fernandez).
14. En 1 Hospital, que representa el 13%: No tienen un espacio exclusivo para el depósito de equipos médicos y materiales: (Hospital Fernandez).

X. OBSERVACIONES

Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud

1. En el período auditado 4 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 50%, no tienen Programa Anual de Prevención de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS). (Hospitales Alvarez, Rivadavia, Fernandez y Curie)
2. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, no realizan Vigilancia activa de Infecciones Hospitalarias. (Hospitales Alvarez, Curie y Quemados)
3. En 2 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 25%, no tienen Enfermeras de Control de Infecciones. (Hospitales Curie y Quemados)
4. En 1 Hospital que representa el 13%, no funcionó el Comité de Control de Infecciones durante el período auditado. Estuvo inactivo desde el 25 de noviembre de 2011 hasta el 18 de marzo de 2014, es decir, por un período de 2 años, 4 meses, 21 días. (Hospital Curie)



Adherencia de Lavado de Manos

5. En los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 100%, no se realizaron los estudios de prevalencia de lavado de manos. (Hospitales Pinero, Alvarez, Rivadavia, Fernandez, Curie, Penna, Durand y Quemados.)

Hisopados Rectales

6. En 1 Hospital que representa el 13%, no se entregaron los datos requeridos sobre los resultados positivos de los 2.133 hisopados rectales realizados en el año 2012. (Hospital Fernandez)

Tasa Global de mortalidad relacionada a las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS).

7. En la totalidad de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 100%, no se realiza la tasa global de mortalidad relacionada a las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS). (Hospitales Pinero, Alvarez, Rivadavia, Fernandez, Curie, Penna, Durand y Quemados)

Quirófanos

8. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, falta pileta con accionamiento a codo y pedal o automático. (Hospitales Alvarez, Rivadavia y Quemados)

9. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, la Climatización no es regulable. (Hospitales Rivadavia, Fernandez y Curie)

10. En 2 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 25%, los pisos tienen desgaste por el transcurso del tiempo, no cumpliendo con lo dispuesto en la Resolución 573/MSGN/00, punto B.

II.3.a. Unidades Funcionales, Zona de Circulación Restringida, B.II.3.a.1 Salas de Operaciones, Características Constructivas, que determina que los pisos tienen que ser resistentes al desgaste. (Hospitales Alvarez y Fernandez)

11. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, los pisos no tienen antideslizante. (Hospitales Rivadavia, Penna y Durand)

12. En 5 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 63%, falta dispositivo de jabón o solución antiséptica no manual. (Hospitales Rivadavia, Fernandez, Curie, Durand y Quemados)

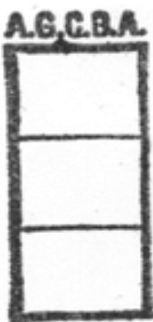
13. En 5 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 63%, carecen de secamanos con aire caliente o material desechable. (Hospitales Rivadavia, Fernandez, Curie, Durand y Quemados)



14. En 3 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 38%, no cuentan con portabolsas para ropa usada y limpia. (Hospitales Rivadavia, Fernandez y Curie)
15. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, las puertas no permiten el acceso del paso de camillas y silla de ruedas, en el área de lavado y vestuario del quirófano. (Hospital Rivadavia)
16. En 2 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 25%, falta toallero y carrito de suministros. (Hospitales Rivadavia y Curie)
17. En 2 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 25%, falta toallero. (Hospitales Fernandez y Quemados).
18. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, (en 7 de los 10 quirófanos del mismo Hospital), la iluminación no es acorde a lo dispuesto en la Resolución 573/MSGN/00, BO Nro. 29.449 del 27 de julio del 2000, punto B.II.3.a. Unidades Funcionales, Zona de Circulación Restringida B.II.3.a.1. Salas de Operaciones. (Hospital Fernandez)
19. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, el vestuario de mujeres no cuenta con las dimensiones de superficie establecidas en el Capítulo B.I. Condiciones Generales de la Unidad de Salud en la que se realicen Tratamientos Quirúrgicos de Bajo Riesgo, punto B.I.7.1.c Vestuarios Personal, que dispone que la superficie mínima según sexo y cantidad será de 3 m² y aumentará 0,50 m², por persona. (Hospital Fernandez)
20. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, el área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico, no está en relación directa con los quirófanos. (Hospital Fernandez)
21. En 1 de los 8 Hospitales de la muestra, que representa el 13%, no tienen un espacio exclusivo para el depósito de equipos médicos y materiales. (Hospital Fernandez)

XI. RECOMENDACIONES

1. Elaborar el Programa Anual de Prevención de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS).
2. Realizar la Vigilancia activa de Infecciones Hospitalarias.
3. Hacer las gestiones necesarias a los efectos de contar con Enfermeras Especializadas en Control de Infecciones (ECIS).
4. Mantener activo el Comité de Control de Infecciones.
5. Realizar la estadística de prevalencia de lavado de manos.
6. Llevar registros de los resultados positivos de los hisopados rectales.



7. Realizar la tasa global de mortalidad relacionada a las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS).
8. Gestionar lo necesario para la adquisición de piletas con accionamiento a codo y pedal o automático.
9. Solucionar la regulación de los equipos de climatización.
10. Remodelar los pisos por desgaste.
11. Colocar antideslizante a los pisos.
12. Cambiar los dispositivos de jabón y antisépticos existentes, por no manuales.
13. Procurar la adquisición de secamanos de aire caliente o material descartable.
14. Adquirir portabolsas para ropa usada y limpia.
15. Modificar la apertura de las puertas que no permiten el acceso de camillas y sillas de ruedas.
16. y 17. Gestionar la adquisición de toalleros y carritos de suministros.
18. Adaptar la iluminación a lo dispuesto en la normativa.
19. Remodelar los vestuarios.
20. Crear el acceso directo al quirófano, del área de lavado vestuario del equipo quirúrgico.
21. Destinar un espacio físico para el depósito de equipos médicos y materiales.

XII. CONCLUSIONES

"Del análisis pormenorizado de los 8 Hospitales de la muestra, respecto a las acciones implementadas para la prevención de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS), cabe concluir que los mismos son escasos y por lo tanto ineficaces, lo cual demuestra en general la falta de eficiencia en el proceder de los mismos.

Es de destacar, que las Infecciones Hospitalarias (IH) pueden derivar en graves consecuencias y mayor estadía hospitalaria, con el consiguiente aumento de los costos. Por lo tanto, deberían incrementarse las medidas de prevención de Infecciones Hospitalarias, a los efectos de reducir el riesgo de adquisición de las mismas, durante el tiempo de internación o relacionadas con las prácticas realizadas".



I. ANEXO

MARCO NORMATIVO

Normas	Temas
Constitución de la Ciudad de la Ciudad de Buenos Aires BOCBA 10/10/96	Libro Primero, Título Segundo, Capítulo Segundo "Salud", art. 20 a 22. Establece los lineamientos básicos del área de salud.
Ley 153/GCABA/99	Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
Ley de Comunas 1777/GCBA/05	Ley de Comunas de la Ciudad de Buenos Aires.
Decreto 1424/MSyAcción SocialGN/97	Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
Decreto 260/GCBA/12	Modifica la estructura organizativa del Ministerio de Salud.
Decreto 1886/GCBA/01	Aprueba el Reglamento de la Ley 154/GCBA/99. Ley de Residuos Patogénico, Anexo II, Bioseguridad, define Riesgo Biológico.
Resolución 31/MSGC/08	Crea las Regiones Sanitarias I, II, III y IV, delimitadas geográficamente en las Comunas.
Resolución 535/MSN/12	Requisitos de preparación de soluciones alcohólicas.
Resolución 573/MSGN/2000	Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales. Se incorpora al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

