

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 22 JUN. 2016

VISTO:

El 16-006829-001/INSNSB sobre la aprobación del Proyecto del Manual de Procesos y Procedimientos propuesto por la Unidad de Tecnologías de la Información del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "*Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional*", aprobado por la Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, posteriormente modificada por el artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 809-2006-MINSA, por los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución Ministerial N° 205-2009-MINSA, por el artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA y por el artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 011-2014-MINSA, regula el procedimiento para formular los documentos técnicos normativos que rigen al interior de los diferentes establecimientos de salud;

Que, el **Manual de Procesos y Procedimientos** es un documento técnico de sistematización normativa que contiene la descripción detallada de la secuencia de acciones que se siguen para la ejecución de los procesos organizacionales, en el nivel de sub procesos o actividades, en los que interviene una o más unidades orgánicas asimismo, incluye los cargos o puestos de trabajo que intervienen, precisando sus responsabilidades y participación y contiene modelos de formatos, documentos e instrucciones para la automatización del flujo de información y para el uso de máquinas o equipos a utilizar en caso necesario y cualquier otro documento o información como dato necesario para el correcto desempeño del procedimiento, conforme así lo establece el numeral 4.5 de la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02;

Que, la **finalidad** del Manual de Procesos y Procedimientos es establecer los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales de la entidad que logren el cumplimiento a los objetivos y funciones, conforme así lo establece el sub numeral 5.6.1 de la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02; asimismo, dicho manual debe ser utilizado como un instrumento para la sistematización de los flujos de información y documento base para el desarrollo del Plan Estratégico de Sistemas de Información de la Entidad y del Sector, conforme así lo establece el sub numeral 5.6.3 de la citada Directiva;



Nº 94/2016/INSN-SB/T

Que, el Manual de Procesos y Procedimientos debe ser utilizado como un instrumento para la sistematización de los flujos de información y documento base para el desarrollo del Plan Estratégico de Sistemas de Información de la Entidad y del Sector, conforme así lo establece el sub numeral 5.6.3 de la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02; asimismo, los criterios para su elaboración se encuentran detallados en el sub numeral 5.6.4 de la citada Directiva;

Que, son **funciones** de la Dirección General, entre otras, la de aprobar los documentos de gestión institucional del INSN-SB en los casos que corresponda, según la normatividad vigente, conforme así lo establece el literal d) del acápite II.2.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja; concordante con dicha norma, se encuentra lo prescrito por el sub numeral 5.6.4 de la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02, el cual establece que el Manual de Procesos y Procedimientos será **aprobado** por Resolución Ministerial o Directoral o Resolución Jefatural, emitida por el Titular de la Entidad, según corresponda; y, finalmente, los **responsables** de su difusión y cumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos, son los Directivos de las unidades orgánicas respecto de las unidades orgánicas a su cargo, reservando la responsabilidad del control y verificación del cumplimiento de lo antes indicado al Titular de la Entidad;

Que, el **Informe Nº 030-2016-UPP-INSN-SB**, expedido por la Unidad de Planeamiento y Presupuesto del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja, indica que el Proyecto de Manual de Procesos y Procedimientos la UTI ha priorizado la formulación de los siguientes cinco (05) procedimientos: a) Registro, procesamiento, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la información estadística; b) Actualización del Portal Institucional; c) Elaboración del Análisis de Situación de Salud en el INSN-SB; d) Formulación y evaluación del Plan Operativo Informático; y, e) Vigilancia de las Infecciones asociadas a la atención de salud; asimismo, la Unidad de Planeamiento y Presupuesto concluyó que el Proyecto del Manual de Procesos y Procedimientos, sí cumple con los requisitos establecidos en la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02;

Que, mediante el **Informe Legal Nº 093-2016-UAJ-INSN-SB**, de fecha 17 de junio de 2016, la Unidad de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja concluye que sí resulta procedente la aprobación de un Manual de Procesos y Procedimientos en el INSN-SB;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Tecnologías de la Información, del Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Administración; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por estas consideraciones, y de conformidad con la Resolución Ministerial Nº 603-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" y sus posteriores modificatorias; con el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja, aprobado por la Resolución Ministerial Nº 512-2014/MINSA; y, con la Resolución Jefatural Nº 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- APROBAR el Manual de Procesos y Procedimientos correspondiente al Macroproceso de Gestión de la Información de la Unidad de Tecnologías de la Información que contiene cinco (5) procedimientos:

- a) Registro, procesamiento, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la información estadística;
- b) Actualización del Portal Institucional;

- c) Elaboración del Análisis de Situación de Salud en el INSN-SB;
- d) Formulación y evaluación del Plan Operativo Informático; y,
- e) Vigilancia de las Infecciones asociadas a la atención de salud

ARTÍCULO 2º.- DISPONER que la implementación del Manual de Procesos y Procedimientos antes aprobado sea implementado por la Unidad de Tecnologías de la Información.

ARTÍCULO 3º.- DISPONER que la Unidad de Administración supervise el fiel cumplimiento del Manual de Procesos y Procedimientos antes aprobado.

ARTÍCULO 4º.- DISPONER que se realice la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulema Tómas González
DIRECTORA GENERAL



EZTG / JCRG / hfaa

Distribución

- () Titular
- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Administración
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Unidad de Tecnologías de la Información
- () Unidad de Planeamiento y Presupuesto
- () Comunicaciones
- () Archivo





PERÚ

**Ministerio
de Salud**



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

UNIDAD DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

Junio 2016



INDICE

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO II.- OBJETIVOS DEL MANUAL	4
CAPÍTULO III.- BASE LEGAL	4
CAPITULO IV. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	4
4.1 Procesos	4
4.2 Ficha de Procedimientos	5
Registro, procesamiento, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la información estadística	5
Actualización de Portal Institucional.....	8
Elaboración del Análisis de Situación de Salud en el INSN-SB	11
Formulación y Evaluación del Plan Operativo Informático.....	14
CAPÍTULO V.- CONTROL DE CAMBIOS	34

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Unidad de Tecnología de la Información	Unidad de Planeamiento y Presupuesto, Unidad de Asesoría Jurídica	Dirección General





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja; es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable de brindar atención especializada en salud a niños y adolescentes, así como del desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas, para su difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del Sector Salud, e incrementar y sistematizar la interrelación científica internacional en el campo de su especialidad.

El INSN-SB, en cumplimiento de la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02-“Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional” y sus posteriores modificatorias, debe formular el Manual de Procesos y Procedimientos, diseñado de acuerdo al modelo de gestión por procesos, donde se percibe a la organización como un sistema interrelacionado de procesos generadores de valor con orientación al cliente.

El presente Manual de Procesos y Procedimientos es formulado por la Unidad de Tecnologías de la Información (UTI), encargada de la gestión de la información en el Instituto, mediante tecnologías de la información y comunicaciones, así como de la información epidemiológica y sanitaria en virtud del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.

Este documento es una herramienta que permite gestionar integralmente los procesos administrativos de la Unidad, por lo tanto, será responsabilidad de la Unidad de Tecnologías de la Información implementar y monitorear su cumplimiento.



**CAPÍTULO II.- OBJETIVOS DEL MANUAL**

- ✓ Estandarizar y establecer los procedimientos de la Unidad de Tecnologías de la Información.
- ✓ Designar a los responsables de la ejecución y monitoreo de desempeño de los procedimientos.

CAPÍTULO III.- BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
2. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3. El Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por el Decreto Supremo N° 043-2003-PCM y sus modificatorias, conjuntamente con su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 072-2003-PCM.
4. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
5. Decreto Legislativo N° 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
6. Guía para elaborar la formulación y evaluación del Plan Operativo Informático de las entidades de administración pública.
7. Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del INSN - SB.
8. Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA que aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" y sus modificatorias.
9. Resolución Jefatural N° 035-2016/IGSS, que aprueba el reordenamiento de los cargos del Cuadro para Asignación de Personal Provisional del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, respecto del INSN-SB.

CAPÍTULO IV. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**4.1 Procesos**

Proceso Nivel 0	Procedimientos	Coordinación Técnica
Gestión de la Información	Registro, procesamiento, depuración, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la información estadística	Estadística
	Actualización de Portal Institucional	Informática
	Elaboración del Análisis de Situación de Salud en el INSN-SB	Epidemiología
Administración de la Tecnología de la Información y Comunicaciones	Formulación y Evaluación del Plan Operativo Informático	Informática
Gestión de Riesgos de la Salud	Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud	Epidemiología





4.2 Ficha de Procedimientos

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO			
PROCESO: Gestión de la Información			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Registro, procesamiento, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la información estadística	FECHA:	
		CÓDIGO:	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Registrar y procesar oportunamente la información estadística del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.		
ALCANCE:	A la Unidad de Atención Integral Especializada, Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, Unidad de Enfermería y a la Unidad de Tecnología de la Información		
MARCO LEGAL:	<ul style="list-style-type: none"> Ley N° 26842: Ley General de Salud. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud 		
ÍNDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
Número de unidades orgánicas que remiten la información en el plazo establecido sobre el número total de unidades	Porcentaje	Unidades Orgánicas	Unidad de Tecnologías de la Información
Porcentaje de cumplimiento de plazo de entrega	Porcentaje	Cronograma de Trabajo Memorándum	Unidad de Tecnología de la Información
NORMAS			
<ul style="list-style-type: none"> R.M. N° 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del INSN San Borja. 			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO 1. Las Unidades Orgánicas registran su información, utilizando como medios, las siguientes fuentes de información: <ul style="list-style-type: none"> Sistema SISGalenPlus Historia Clínica Formato Único de Atención (FUA) Otros medios (Ficha Socioeconómica, Hoja de Seguimiento Social, etc.) Cada Unidad Orgánica es responsable del registro de la información oportuna del servicio que tiene bajo responsabilidad.			
2. El Coordinador Técnico de Estadística: <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Recibe la información de las fuentes pre citadas en el punto N° 01, extrae, clasifica y realiza consistencias para el control de la calidad de la información a través del módulo informático del Sistema SISGalenPlus, así como las fuentes de información descritas anteriormente. 2.2 Elabora indicadores de gestión, cuadros, gráficos y reportes estadísticos, boletines o anuarios según el cronograma establecido, siendo de frecuencia mensual la entrega de los informes de indicadores de producción asistencial dentro de los quince primeros días del mes siguiente y anual en el caso de 			



boletines o anuarios institucionales dentro de los 30 días del primer mes del año siguiente.

- 2.3 Procesa, analiza y deriva a cada unidad orgánica la información mensual para su validación y conformidad.
3. Las Unidades Orgánicas, validan la información brindando su conformidad. De existir alguna observación, reportan a la Coordinación Técnica de Estadística, para su posterior corrección, siendo la comunicación de dichas observaciones remitida por diversos medios impresos o virtuales. Para la conformidad de las mismas se emitirá un acta con la firma de la jefatura que corresponda.
4. De existir alguna observación por parte de las Unidades Orgánicas, la Coordinación Técnica de Estadística, procederá con la corrección respectiva de ser el caso. Luego irá al punto N° 05.
5. El Coordinador Técnico de Estadística analiza la información validada y elabora el informe técnico según corresponda.
6. El Director de la Unidad de Tecnología de la Información:
- 6.1 Recibe la información estadística, revisa y evalúa.
- 6.2 De existir alguna observación, devuelve el reporte a la Coordinación Técnica de Estadística para su revisión, consistencia y control de calidad respectiva.
- 6.3 De no existir observaciones o corrección de por medio, la Dirección de Tecnología de la información, autoriza su difusión, remitiendo una copia física a la Coordinación Técnica de Informática para su publicación.
7. El Coordinador Técnico de Informática:
- 7.1 Digitaliza, almacena y publica la información en la página web de la institución para su difusión según el Procedimiento de Actualización del Portal Institucional.
- 7.2 Realiza la copia de seguridad de la información publicada para su conservación, con frecuencia mensual.
8. El Director de la Unidad de Tecnología de la Información realiza la Difusión en físico mediante documento circular a las unidades orgánicas.

FIN.

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Información registrada en: SISGalenPlus, Historia Clínica, FUA, Otros registros	Unidades Orgánicas	Diario y mensual	Automatizado / Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Información estadística	Unidades Orgánicas	Mensual	Automatizado / Manual

DEFINICIONES:

REGISTROS:

- SISGalenPlus
- Historia Clínica
- Formato Único de Atención.
- Ficha Socioeconómica
- Hoja de seguimiento social
- Otros.

ANEXOS :

- a. Flujograma



PERÚ

Ministerio de Salud

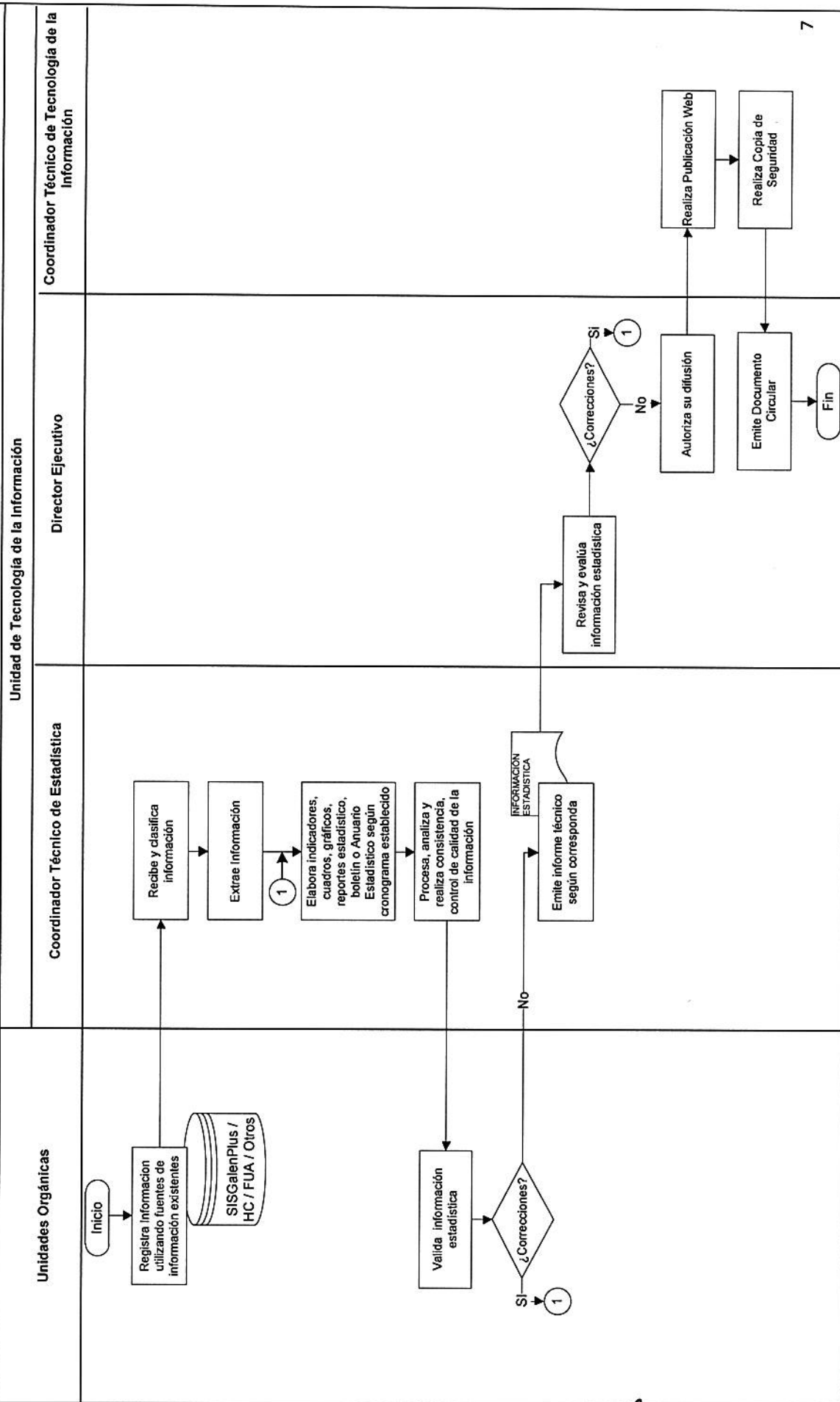
Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



Procedimiento: Registro, procesamiento, depuración, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la información estadística

Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño





FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO: Gestión de la Información

NOMBRE DEL
PROCEDIMIENTO: Actualización de Portal Institucional

FECHA:

CÓDIGO:

OBJETIVO DEL
PROCEDIMIENTO: Mantener actualizado el Portal Institucional del Instituto Nacional de Salud del Niño.

ALCANCE: A todas las Unidades Orgánicas y a la Unidad de Tecnología de la Información

MARCO LEGAL:

- Ley N° 26842: Ley General de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública N° 27806 y su reglamento D. S. N° 072-2003-PCM.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
Porcentaje de actualizaciones y/o publicaciones atendidas vs actualizaciones y/o publicaciones solicitadas	Porcentaje	Solicitudes de publicación	Unidad de Tecnología de la Información

NORMAS

- R.M. N° 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del INSN San Borja.
- Directiva Administrativa N° 094-MINSA/OGC/OGEI-V.01 "Directiva Administrativa para la publicación y actualización de información en el Portal del Ministerio de Salud", R.M. N° 687-2006/MINSA.
- Designación de funcionarios responsables de la Elaboración y Actualización del Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja según R.D. 184-2015-INSN-SB-T.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

- 1 Las Unidades Orgánicas envían a la Unidad de Tecnología de la Información la información correspondiente para la publicación y/o actualización en el Portal Web según normativa vigente.
- 2 El Director de la Unidad de Tecnología de la Información revisa, analiza la solicitud, si es conforme la deriva a la Coordinación Técnica de Informática, caso contrario solicita la corrección o información adicional a la Unidad Orgánica que corresponda.
- 3 La Coordinación Técnica de Informática:
 - 3.1 Si la información a publicar corresponde a Transparencia, realiza la publicación en el Portal del Estado Peruano y en la sección de transparencia de la Web Institucional.
 - 3.2 Si la información a publicar no es información de transparencia, realiza la actualización y/o publicación de la nueva información en la web de la institución.
 - 3.3 Emite informe de actualización de Portal Institucional
- 4 El Director de la Unidad de Tecnología de la Información:
 - 4.1 Verificará la actualización de la información publicada en el Portal de Transparencia.
 - 4.2 Emite trimestralmente el informe de actualización y/o publicación del portal de transparencia y lo remite a la Dirección General.





5 La Dirección General revisa y toma las acciones correctivas de ser el caso.

FIN.

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de publicación y/o actualización de información	Unidades Orgánicas	Variable	Manual y mecanizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Portal Web actualizado	Unidades Orgánicas del INSN San Borja - Externos	Variable	Manual y mecanizado

DEFINICIONES:

-

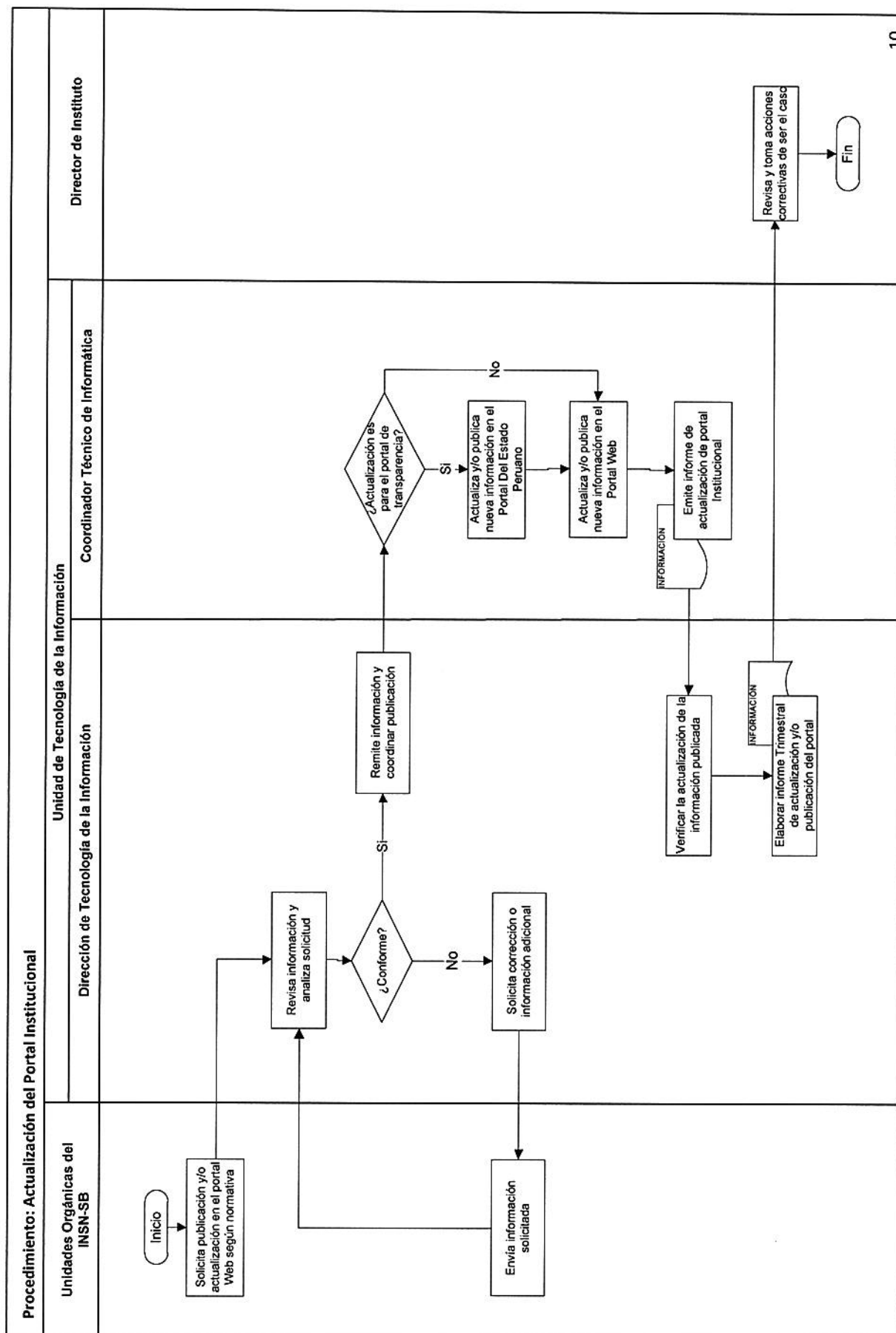
REGISTROS:

-

ANEXOS:

b. Flujograma







FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO: Gestión de la Información

NOMBRE DEL
PROCEDIMIENTO: Elaboración del Análisis de Situación de Salud en el
INSN-SB

FECHA:

CÓDIGO:

OBJETIVO DEL
PROCEDIMIENTO: Analizar el perfil de salud de la población del INSN-SB a fin de identificar las necesidades y determinar las prioridades en la atención.

ALCANCE: A la Unidad de Atención Integral Especializada y a la Unidad de Tecnología de la Información

MARCO LEGAL:

- Ley N° 26842: Ley General de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
Análisis de Situación de Salud aprobado en el plazo establecido	Días de retraso	Resolución Directoral	Unidad de Tecnología de la Información

NORMAS

- R.M. N° 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del INSN San Borja.
- Directiva Administrativa N° 094-MINSA/OGC/OGEI-V.01 "Directiva Administrativa para la publicación y actualización de información en el Portal del Ministerio de Salud", R.M. N° 687-2006/MINSA.
- RM N° 81-2012/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 099-MINSA/DGE.V.01 "Norma Técnica de Salud que establece el proceso para el desarrollo y Evaluación del Análisis de Situación de Salud en los ámbitos Nacional y Regional"

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

- Las Unidades Orgánicas Asistenciales y sus respectivas Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) registran información en fuentes internas (Ej. SisGalenPlus) que registran todas las actividades y procedimientos de todos los Ejes, departamentos y Servicios del INSN-SB
- El Coordinador Técnico de Estadística:
 - Extrae información de fuentes internas.
 - Extrae información de fuentes externas (Ej. INEI, MINSA, etc.).
 - Valida la información contenida en las fuentes internas.
 - Analiza información y elabora reportes, informes, cuadros, gráficos e indicadores de gestión hospitalaria y remite a la Coordinación Técnica de Epidemiología.
- El Coordinador Técnico de Epidemiología:
 - Revisa la información y la evalúa conjuntamente con los Unidades Orgánicas Asistenciales y UPSS
 - Analiza el diagnóstico situacional hospitalario.
 - Identifica las prioridades por etapas de vida en relación a los análisis de los perfiles de atención y uso de servicios.
 - Elabora el Informe Preliminar del Análisis Situacional de Salud Hospitalario (ASISHO).
- El Director de la Unidad de Tecnología de la Información revisa y da el visto bueno del ASISHO.
- El Director General aprueba el ASISHO con Resolución Directoral.
- La Dirección de Tecnología de la Información difunde con documento circular a las unidades orgánicas y





publica el ASISHO aprobado a todos los órganos internos del INSN-SB, así como al IGSS y MINSA.
FIN.

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Información Estadística y epidemiológica	SisGalenPlus Vigilancia Epidemiológica	Diaria	Manual y mecanizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Análisis de Situación de Salud	Unidades Orgánicas	Anual	Manual y mecanizado

DEFINICIONES:

-

REGISTROS:

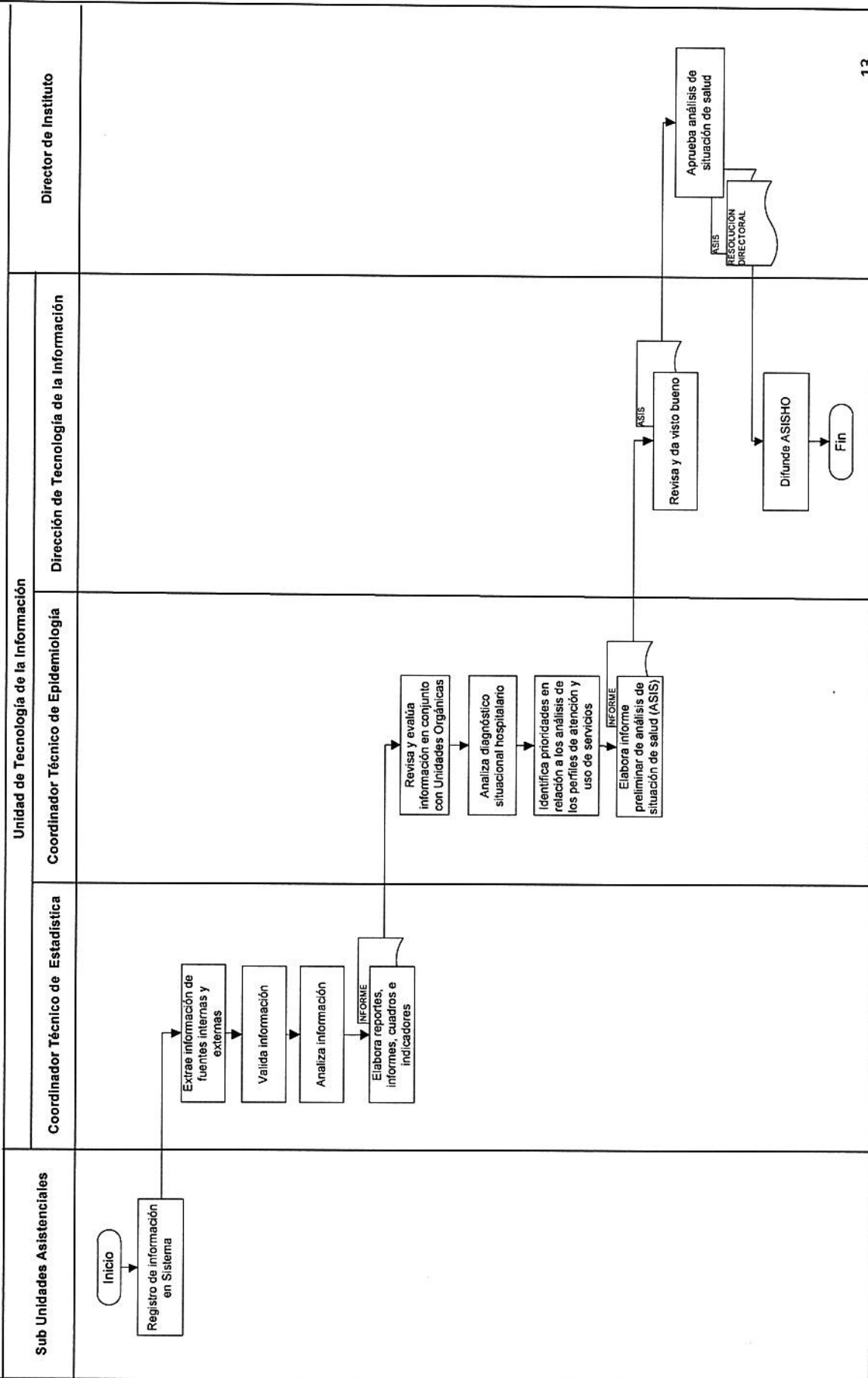
-

ANEXOS:

a. Flujograma



Procedimiento: Elaboración del Análisis de la Situación de Salud en el INSNI





FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO: Administración de la Tecnología de la Información y Comunicaciones**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** Formulación y Evaluación del Plan Operativo Informático**FECHA:****CÓDIGO:****OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Elaborar y evaluar el cumplimiento de proyectos y actividades establecidos en el plan operativo informático del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.**ALCANCE:** A la Unidad de Tecnología de la Información, Unidad de Planeamiento y Presupuesto**MARCO LEGAL:**

- Ley N° 26842: Ley General de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
Plan Operativo Informático publicado en el plazo establecido	Días de retraso	Página web de la Presidencia de Consejo de Ministro	Unidad de Tecnología de la Información
Evaluación del Plan Operativo Informático publicado en el plazo establecido			
Cumplimiento del Plan	Porcentaje de Proyectos y Actividades Ejecutadas versus programadas		

NORMAS

- R.M. N° 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del INSN San Borja.
- Plan de Desarrollo de la Sociedad de la Información en el Perú – La agenda digital peruana, R.D. N° 031-2006-PCM.
- “Formulación y Evaluación del Plan Operativo Informático (POI) de las Entidades de Administración Pública” y su Guía de Elaboración R.M. N° 19-2011-PCM.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

1. El Director de la Unidad de Tecnología de la Información, elabora la propuesta del Plan Operativo Informático (POI) cuyo contenido es:
 - Misión
 - Visión
 - Situación Actual
 - Alineamiento con el Plan Estratégico Institucional y Sectorial
 - Estrategias para el logro de las metas del Plan Operativo Informático
 - Programación de Actividades y/o Proyectos Informáticos
2. El Director General:
 - 2.1 Revisa la propuesta de POI
 - 2.2 Determina y prioriza los proyectos y actividades a incluir en el plan.
3. El Director de Tecnología de la Información elabora el POI según indicaciones de la Dirección General.





4. La Unidad de Planeamiento y Presupuesto (UPP) da opinión favorable
 5. El Director General revisa y aprueba el POI con resolución directoral.
 6. El Director de Tecnología de la Información:
 - 6.1 Publica el POI en la página web de la Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática de la Presidencia de Consejo de Ministro (PCM) e informa de su publicación.
 - 6.2 Ejecuta y supervisa la ejecución del POI.
 - 6.3 Según el cronograma establecido por la PCM, realiza la evaluación del POI, cuyo contenido es:
 - Análisis de la gestión informática.
 - Identificación de problemas presentados.
 - Determinación de medidas correctivas y sugerencias
 - 6.4 Publica la evaluación en la página web de la Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática de la Presidencia de Consejo de Ministro (PCM) e informa de su publicación.
 - 6.5 Remite evaluación a la Dirección General y a UPP.
 7. La Dirección General revisa y toma las acciones correspondientes.
- FIN.**

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Normativa anual de formulación, aprobación y evaluación del plan operativo informático	Presidencia de Consejo de Ministros	Anual	Mecanizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
• Plan Operativo Informático	Presidencia de Consejo de Ministros	Anual	Mecanizado
• Evaluación del Plan Operativo Informático	Dirección General		
• Informe de Avance del Plan Operativo Informático	Dirección General	Trimestral	Mecanizado

DEFINICIONES:

•

REGISTROS:

•

ANEXOS:

- a. Flujograma





PERÚ

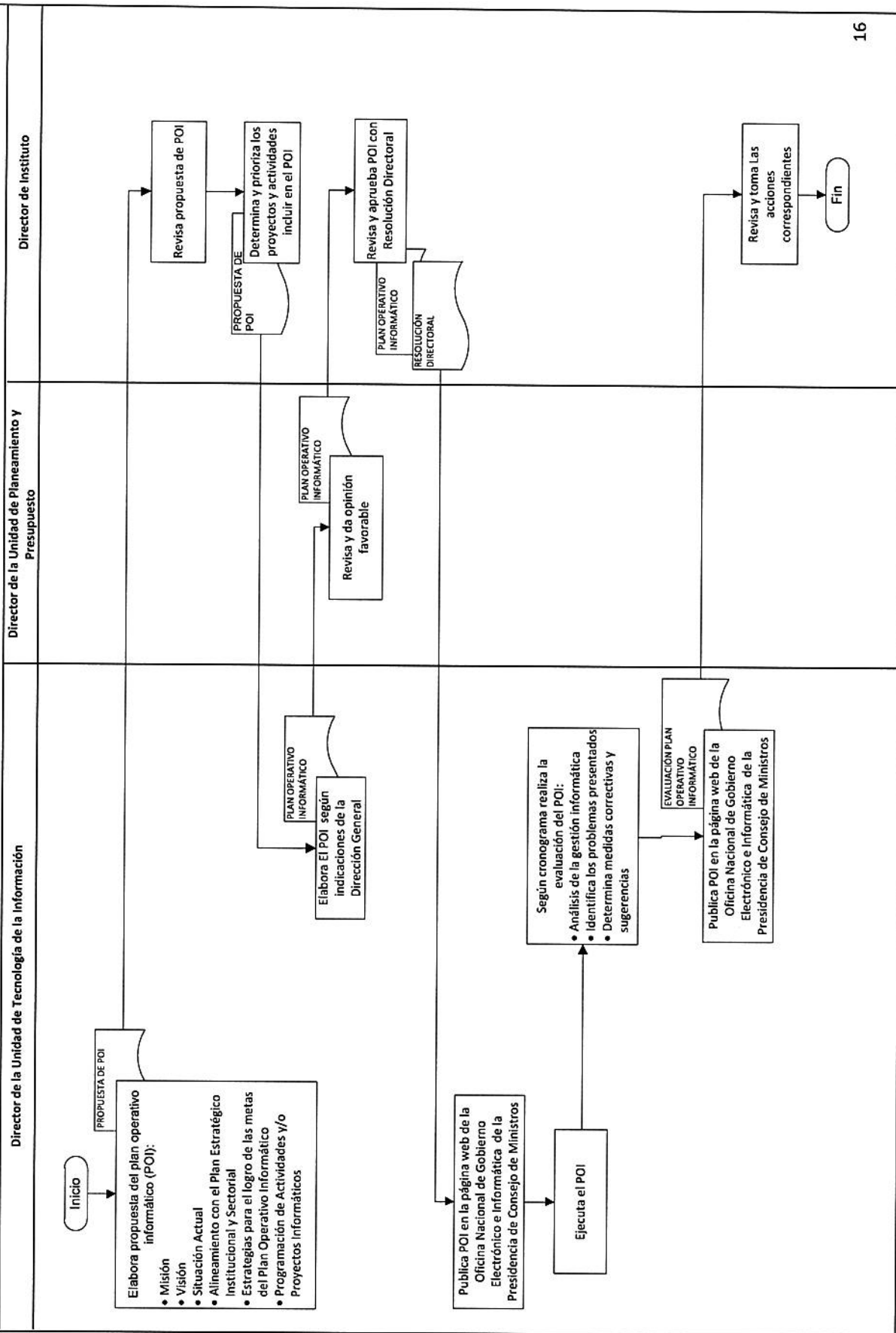
Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



Procedimiento: Formulación y Evaluación del Plan Operativo Informático





FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

PROCESO: Gestión de Riesgos de la Salud – Vigilancia de la Salud

PROCEDIMIENTO: Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud

FECHA:

CÓDIGO:

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Monitorizar las infecciones asociadas a la atención en salud, mediante una vigilancia activa, en pacientes que portan dispositivos invasivos.

ALCANCE: Unidad de Atención Integral Especializada, Unidad de Enfermería, Coordinación Técnica de Epidemiología

MARCO LEGAL:

- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161 – Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTES	RESPONSABLES
(Número de IAAS / días dispositivo) x 1000	Tasa de Densidad de Incidencia	Ficha de Supervisión Diaria Consolidado Mensual de IAAS	Coordinación Técnica de Epidemiología, Área de Vigilancia Epidemiológica
Notificación Mensual Oportuna de la Tasa de IAAS	Días	Reporte de Notificación Mensual del Sistema de la Dirección General de Epidemiología	Coordinación Técnica de Epidemiología, Área de Vigilancia Epidemiológica
Porcentaje de informes oportunos a la D.G.-UGC-Comité de PCIAAS-Jefaturas de Dptos.-Servicios - DISA	Informe técnico de las IAAS oportuno.	1 - Documentos de cargo 2 - cargo de correo electrónico institucional.	1 - Área de Vigilancia Epidemiológica - Sub Unidad de Epidemiología 2 - UGC

NORMAS

- R.M. N° 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del INSN San Borja.
- R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 026 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias".
- R.M. N° 753-2006/MINSA, Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP- V.01, "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias"
- R.M. N° 523-2007/MINSA, Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- R.M. N° 143-2006-MINSA, Plan Nacional de Seguridad del Paciente
- R.M. N° 489 – 2005/MINSA, Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedio

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

- 1 Epidemiología /Área de Vigilancia Epidemiológica:





- 1.1 Realiza la visita a servicios según la programación establecida o notificación recibida.
 - 1.2 Revisa la Hoja de monitoreo de paciente Crítico e identifica a pacientes con factor de riesgo y registra sus datos.
 - 1.3 Realiza el seguimiento del paciente con factor de riesgo en la Hoja de seguimiento de pacientes.
 - 1.4 Verifica la aplicación de las medidas preventivas en base al instrumento de supervisión por factores de riesgo.
 - 1.5 Brinda recomendación al servicio sobre las medidas de prevención de IAAS establecidas.
 - 1.6 Si el paciente está infectado, registra al paciente como caso de IAAS asociada a factor de riesgo en la Ficha de investigación de pacientes con infecciones intrahospitalarias, y brinda con cargo mediante Formato de Recomendaciones, las recomendaciones de prevención de brote al servicio.
 - 1.7 Si el paciente es portador asintomático, brinda con cargo mediante Formato de Recomendaciones, las recomendaciones al servicio.
 - 1.8 Si el paciente es no portador, realiza el seguimiento hasta el retiro del factor de riesgo.
 - 2 Las UCI's y Servicio aplica las recomendaciones.
 - 3 La Coordinación Técnica de Epidemiología monitorea la aplicación de recomendaciones.
 - 4 Epidemiología:
 - 4.1 Procesa y analiza los datos de la vigilancia activa.
 - 4.2 Elabora el reporte mensual de IAAS mediante el Formato de Reporte de IAAS y remite a la DISA, Dirección General, Unidad de Gestión de la Calidad, Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (CPCIAAS) y servicio a fin.
 - 4.3 Elabora el informe trimestral, semestral y anual de IAAS y remite a la Dirección General, a la Oficina de gestión de la Calidad, al CPCIAAS y al Servicio a fin.
 - 4.4 Deriva la información a la Dirección General, la Unidad de Gestión de la Calidad, al Comité de IAAS y realiza seguimiento a las recomendaciones dadas.
 - 6 La Unidad de Gestión de la Calidad realiza seguimiento y propone proyectos de mejora continua en base a las recomendaciones dadas.
 - 7 Comité de control y prevención de las IAAS analiza la información y propone normativas de prevención y las deriva a la Dirección General.
 - 8 La Dirección General evalúa y dispone las acciones preventivas y/o correctivas necesarias.
- FIN**

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Programación de Vigilancia Epidemiológica	Coordinación Técnica de Epidemiología – Vigilancia Epidemiológica	Diaria	Manual
Hoja de monitoreo de paciente Crítico	Servicio Asistencial	Diaria	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe técnico del estado de las infecciones asociadas a la atención de la salud.	Dirección General Comité Unidad de Gestión de la Calidad Sub-Unidades Asistenciales	Trimestral	Manual





Reporte Mensual de IAAS	DISA DGE	Mensual	Mecanizado
-------------------------	-------------	---------	------------

DEFINICIONES:

- **Infecciones:** es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o sus toxinas. Se considera intrahospitalaria, si se desarrolla en un paciente hospitalizado que no la padecía ni la estaba incubando al momento de ingreso al hospital.
- **IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- **Factor de riesgo:** es la condición o situación al cual se expone un huésped, capaz de alterar su estado de salud y que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar una infección intrahospitalaria.
- **CVC:** Catéter Venoso Central
- **VM:** Ventilación Mecánica
- **CUP:** Catéter Urinario permanente.
- **IHO:** Infección de Herida Operatoria
- **SD-VE:** Sistema de Derivación Ventricular Externa
- **CVC-Porth:** Cateter Venoso Central implantado.
- **Vigilancia activa:** cuando los trabajadores de salud efectúan la búsqueda de los casos en su origen, bien sea que el usuario acuda o no al establecimiento de salud.

REGISTROS:

1. Ficha de investigación de pacientes con infecciones intrahospitalarias.
2. Hoja de seguimiento de pacientes (Formulario N° 1- Vigilancia de FR.)
3. Formato de reporte de IAAS
4. Formato de Recomendaciones
5. Instrumentos de supervisión de las medidas de prevención de las IAAS por factores de riesgo
 - Pautas de supervisión para pacientes con CVC
 - Pautas de supervisión para pacientes con VM
 - Pautas de supervisión para pacientes con CUP
 - Pautas de supervisión para pacientes con IHO
 - Pautas de supervisión para pacientes con SDVE

ANEXOS:

- a) Flujograma
- b) Criterios de definición de caso de las infecciones intrahospitalarias de la CDC -2010
- c) Ficha de investigación de pacientes con infecciones intrahospitalarias.
- d) Hoja de seguimiento de pacientes (Formulario N° 1- Vigilancia de FR.)
- e) Formato de reporte de IAAS
- f) Formato de Recomendaciones
- g) Instrumentos de supervisión de las medidas de prevención de las IAAS por factores de riesgo
 - Pautas de supervisión para pacientes con CVC
 - Pautas de supervisión para pacientes con VM
 - Pautas de supervisión para pacientes con CUP
 - Pautas de supervisión para pacientes con IHO
 - Pautas de supervisión para pacientes con SDVE





Anexo b

CRITERIOS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Infección del Torrente Sanguíneo (incluye bacteriemia primaria y sepsis clínica): La infección de torrente sanguíneo se clasifica según los criterios clínicos y de laboratorio como bacteriemia confirmada por laboratorio (BAC) o septicemia clínica (SCLIN). Las infecciones de torrente sanguíneo pueden ser primarias o secundarias, según haya o no una infección en otro sitio que sea la causa de la ITS. Para la vigilancia solo se tomará en cuenta la bacteriemia primaria, confirmada por laboratorio y la sepsis clínica precoz o tardía y asociada a catéter central. Debe tener uno de los siguientes criterios:

Bacteriemia primaria confirmada por laboratorio (BAC)		Sepsis Clínica (SCLIN)
CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3
<p>Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas: Fiebre (>38 °C) Escalofríos o, Hipotensión</p> <p>MÁS</p> <p>1.2 Patógeno reconocido¹ en uno o más hemocultivos.</p>	<p>Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Fiebre (>38 °C) Escalofríos o, Hipotensión.</p> <p>MÁS</p> <p>2.2. Al menos uno de los siguientes: • Dos o más hemocultivos tomados en momentos separados²(contaminantes comunes de piel:difteroides, corynebacterium sp.,Bacillus sp. Estafilococos coagulasa negativos, Streptococcus del grupo viridans, Aerococcus sp., Micrococcus sp no anthracis, Propionibacterium sp.) • Paciente con Dx Clínico y tratamiento instalado</p> <p>MÁS</p> <p>2.3 Signos y síntomas y resultados de laboratorio que no se relacionen con infección en otro sitio.</p>	<p>Paciente ≤1 año incluidos neonatos con al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Fiebre (>38°C rectal o >37.5 axilar, Hipotermia (<37C° rectal o >36C° axilar), Apnea o Bradicardia.</p> <p>MÁS</p> <p>3.2 Uno de los siguientes: • Dos o más hemocultivos tomados en momentos separados (criterio 2.2) • Paciente con Dx Clínico y tratamiento instalado</p> <p>MÁS</p> <p>3.3 Signos y síntomas y resultados de laboratorio que no se relacionen con infección en otro sitio.</p>

Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Central (ITS-AC):

Se deben cumplir los criterios expuestos para Infección del torrente sanguíneo y que el paciente tenga un catéter central en el momento o el antecedente de haberlo retirado dentro de las 48 horas previas al inicio del evento.

¹ No incluye microorganismos considerados como contaminantes comunes de la piel. **Patógenos reconocidos**, ej.: *S. aureus*, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *Candida spp.*, *Enterococcus spp.*

² Hemocultivos obtenidos en momentos diferentes significa que las muestras de sangre de al menos dos hemocultivos sean tomadas con un tiempo máximo de separación de dos días. Idealmente las muestras para hemocultivos deben ser obtenidas a partir de dos a cuatro tomas, de sitios de venopunción separados, no a través de un catéter vascular.





Infección del Tracto Urinario (Sintomática): Se define usando los criterios para infección sintomática del tracto urinario relacionada o no a la presencia de sonda vesical. Reportar ITU asociada a catéter urinario cuando un paciente tiene catéter urinario permanente en el momento o dentro de las 48 horas previas al inicio del evento. Debe tener uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
<p>Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), • Disuria, • Tenesmo vesical, • Polaquiuria, • Dolor en Angulo costo vertebral o dolor supra púbico <p>MAS</p> <p>1.2. Urocultivo positivo con $\geq 10^5$ UFC/ml. Con no más de dos especies de microorganismos.</p>	<p>Al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), • Disuria, Tenesmo vesical, • Polaquiuria, • Dolor en Angulo costo vertebral o dolor supra púbico <p>MAS</p> <p>2.2. Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tira reactiva es positiva en orina para la esterasa leucocítica y/o nitratos. • Muestra de orina con ≥ 10 leucocitos/mm³ ≥ 3 leucocitos/campo de alto poder (400x) en orina sin centrifugar • Organismos reconocidos en tinción Gram de orina no centrifugada (+) • Al menos dos urocultivos positivos con aislamiento repetido del mismo uropatógeno con ≥ 102 UFC/ml en muestra no centrifugada (bacteria Gram negativa o <i>S. saprophyticus</i>). • $\leq 10^5$ colonias/ml de un solo uropatógeno en un paciente que está siendo tratado con antimicrobiano efectivo para ITU (bacteria Gram negativa o <i>S. saprophyticus</i>). • Diagnóstico médico de ITU • Médico instituye terapia apropiada para ITU.
CRITERIO 3	CRITERIO 4
<p>Pacientes ≤ 2 de un año de edad incluidos neonatos con o sin sonda vesical</p> <p>3.1. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$ axilar) • Apnea, • Bradicardia, • Letargia, • Vómitos. <p>MÁS</p> <p>3.2. Urocultivo positivo con $\geq 10^5$ UFC/ml, con no más de 02 especies de microorganismos</p>	<p>Pacientes ≤ 2 de un año de edad incluidos neonatos con o sin sonda vesical</p> <p>4.1. Componente 3.1 del Criterio 3.</p> <p>MÁS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esteraza leucocitaria y nitritos (+) • Piuria (muestra de orina con ≥ 10 • Organismos reconocidos en tinción Gram de orina no centrifugada (+) • Al menos dos urocultivos positivos con $\geq 10^3$ y $< 10^5$ UFC/ml y que no tenga más de 02. especies de microorganismos en aislamiento • $\leq 10^5$ colonias/ml de un solo uropatógeno en un paciente en tratamiento con un antimicrobiano efectivo para ITU • Diagnóstico médico de ITU • Médico instituye terapia apropiada para ITU

- El cultivo positivo de punta de catéter urinario no es una prueba de laboratorio aceptable para diagnosticar ITU.
- Los urocultivos deben ser obtenidos usando técnicas apropiadas, tales como una muestra limpia de chorro medio o cateterización.
- En menores de 1 año, un urocultivo debe ser obtenido por cateterización vesical o aspiración suprapúbica; un urocultivo positivo de muestra de bolsa no es confiable y debería ser confirmado por una muestra obtenida asépticamente por cateterización o aspiración suprapúbica

Neumonía definida clínicamente (NEU 1): Se diagnostica por medio de una combinación de criterios radiológicos, clínicos y de laboratorio. Para las neumonías asociadas a ventilación mecánica, se considera





que el paciente ha de estar intubado y ventilado en el momento de la aparición de los síntomas o estuvo ventilado en un plazo de hasta 48 horas antes de la aparición de la infección. Debe tener uno de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
<p>Paciente con matidez o crepitantes al examen físico del tórax.</p> <p>MAS</p> <p>Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Espujo purulento o cambio en el carácter del esputo Hemocultivo positivo Aislamiento de agente etiológico de muestra obtenida por aspirado transtraqueal (ATT), cepillado bronquial o biopsia. 	<p>Paciente con examen radiográfico anormal que muestra nuevos o progresivos infiltrados, efusión pleural, consolidación o cavitación.</p> <p>MAS</p> <p>Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Espujo purulento o cambio en el carácter del esputo Hemocultivo positivo Aislamiento de agente etiológico de muestra obtenida por aspirado transtraqueal (ATT), cepillado bronquial o biopsia. Evidencia histopatológica de neumonía
CRITERIO 3	CRITERIO 4
<p>Paciente ≤ 1 año de edad</p> <p>Al menos dos de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apnea, Taquipnea, Bradicardia, Sibilantes, roncales, o tos. <p>MAS</p> <p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Espujo purulento o cambio en el carácter del esputo Hemocultivo positivo Aislamiento de agente etiológico de muestra obtenida por aspirado transtraqueal (ATT), cepillado bronquial o biopsia 	<p>Paciente ≤ 1 año de edad</p> <p>Examen radiológico anormal que muestra nuevos o progresivos infiltrados, efusión pleural, consolidación o cavitación.</p> <p>MAS</p> <p>Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Espujo purulento o cambio en el carácter del esputo Hemocultivo positivo Aislamiento de agente etiológico de muestra obtenida por aspirado transtraqueal (ATT), cepillado bronquial o biopsia Evidencia histopatológica de neumonía

- Cultivo de esputo expectorado no es útil en el diagnóstico de neumonía, pero podría ayudar a identificar el agente etiológico y proveer información útil sobre la susceptibilidad antimicrobiana.
- Hallazgos en una serie de radiografías de tórax podrían ser más útiles que una sola radiografía.
- En pacientes SIN enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente (ej. SDRA, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC), o síndrome obstructivo crónico pulmonar) se acepta como criterio una sola radiografía de tórax.

Neumonía con patógenos bacterianos comunes u hongos filamentosos patógenos y hallazgos específicos de laboratorio (NEU2).

Presencia de **1 criterio radiológico, 1 criterio clínico y al menos un criterio de laboratorio** que se exponen a continuación en un paciente con sospecha de neumonía:

Criterio Radiológico. 2 o más radiografías seriadas con al menos 1 de los siguientes:

- Infiltrado nuevo o progresivo y persistente
- Consolidación
- Cavitación
- Neumatoceles en niños ≤ 1 año

MAS

Al menos 1 de los siguientes:

- Nueva aparición de esputo purulento o cambio en las características del esputo o aumento en las secreciones respiratorias o requerimientos de succión.
- Inicio o empeoramiento de la tos, la disnea o la taquipnea.
- Presencia de estertores o ruidos respiratorios bronquiales.





- Empeoramiento del intercambio gaseoso (ej.: desaturación de oxígeno – $PaO_2/FiO_2 \leq 240$, aumento en los requerimientos de oxígeno o aumento de la demanda del ventilador)

Criterio Clínico. - Presencia de **al menos 1** de los siguientes:

- Fiebre ($>38^\circ C$) sin otra causa reconocida
- Leucopenia (<4000 PMN/ml) o leucocitosis (≥ 12000 PMN/ml)
- Para adultos de más de 70 años, estado mental alterado sin otra causa reconocida

Criterios de Laboratorio

CRITERIO 1	CRITERIO 2
Presencia de al menos 1 de los siguientes Hemocultivo no relacionado a otra fuente de infección. Cultivo positivo de líquido pleural. Cultivo cuantitativo positivo de una muestra mínimamente contaminada del tracto respiratorio bajo (lavado broncoalveolar o cepillado protegido). Una proporción $\geq 5\%$ de células obtenidas por lavado broncoalveolar con bacterias intracelulares en el examen microscópico directo (ej.: tinción de Gram). Examen histopatológico que muestre al menos una de las siguientes evidencias de neumonía: ✓ Formación de abscesos o focos de consolidación con acúmulos intensos de PMN en los bronquiolos y los alvéolos. ✓ Cultivo cuantitativo positivo del parénquima pulmonar. ✓ Evidencia de invasión del parénquima pulmonar por hifas o pseudohifas.	Al menos 1 de los siguientes: Cultivo positivo para virus o Chlamydia de secreciones respiratorias. Detección de antígeno viral o anticuerpo de secreciones respiratorias (ej.: ELISA, PCR y otros métodos). Elevación de más de cuatro diluciones en los títulos de sueros pareados (IgG) para diferentes patógenos (virus de influenza, Chlamydia). PCR positiva para Chlamydia o mycoplasma. Test positivo de micro inmunofluorescencia para Chlamydia. Cultivo positivo o visualización por microinmunofluorescencia de Legionella spp., de secreciones respiratorias o tejido. Detección de antígenos L. pneumophila serogrupo I en orina por radioinmunoanálisis o ELISA. Elevación del título de L. pneumophila serogrupo I a más de 1:128 en sueros pareados de fase aguda y convaleciente por IFA indirecta

Neumonía en pacientes inmunocomprometidos (NEU 3)

CRITERIO 1
Presencia de 1 criterio radiológico, 1 criterio clínico y 1 criterio de laboratorio que se exponen a continuación en un paciente con sospecha de neumonía: Criterio Radiológico. 2 o más radiografías seriadas con al menos 1 de los siguientes: Infiltrado nuevo o progresivo y persistente Consolidación Cavitación Neumatoceles en niños ≤ 1 año (*) En pacientes SIN enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente (ej. SDRA, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC), se acepta como criterio una sola radiografía de tórax (Nota 1). Criterio Clínico. Paciente que está inmunocomprometido y presenta al menos 1 de los siguientes: Fiebre ($>38^\circ C$) sin otra causa reconocida. Para adultos de más de 70 años, estado mental alterado sin otra causa reconocida Esputo purulento de nuevo inicio o cambio en las características del esputo o aumento en las secreciones respiratorias o requerimientos de succión. Inicio o empeoramiento de la tos, la disnea o la taquipnea. Estertores o ruidos respiratorios bronquiales. Empeoramiento del intercambio de gas (ej.: de saturación de oxígeno – $PaO_2/FiO_2 \leq 240$, aumento en los requerimientos de oxígeno o aumento de la demanda del ventilador) Hemoptisis.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Dolor pleurítico.

Criterio de Laboratorio. Paciente que presenta **al menos 1** de los siguientes:Hemocultivo positivo con *Cándida* spp.Evidencia de hongos o *Pneumocystis jiroveci* de una muestra mínimamente contaminada de tracto respiratorio inferior (lavado broncoalveolar o cepillado protegido) de uno de los siguientes:

- ✓ Examen microscópico directo
- ✓ Cultivo positivo para hongos

Cualquiera de los criterios de laboratorio definidos en NEU2

Infección de sitio quirúrgico superficial (ISQS) Debe tener **al menos 1** de los siguientes criterios:

CRITERIO 1
<p>1.1. Compromete piel o tejido subcutáneo y ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico y que comprometa solo la piel o tejido sub cutáneo.</p> <p>MAS</p> <p>1.2. Al menos uno de los siguientes:</p> <p>Drenaje purulento de la incisión superficial</p> <p>Organismos aislados en un cultivo obtenido asépticamente de un fluido o tejido de la incisión superficial.</p> <p>Al menos uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor, hinchazón localizada, enrojecimiento o calor y,</p> <p>Incisión es deliberadamente abierta por el cirujano (a menos que la incisión sea negativa al cultivo).</p>

- No registrar el absceso de punto de sutura como una infección (inflamación mínima y descarga confinada a los puntos de penetración de la sutura).
- No registrar una infección de sitio quirúrgico ISQ una infección localizada por herida por arma blanca; en el lugar de esto, reportar como una infección en la piel (PIEL) o en el tejido blando (PTB) dependiendo de su profundidad.
- Registrar la infección del sitio de episiotomía como EPI.
- Registrar la infección de herida por quemadura como QUEM.
- Si la infección del sitio de la incisión involucra o se extiende dentro de la fascia y capas musculares informarlo como una ISQ de incisión profunda
- Clasificar la infección que involucra los sitios de incisión superficial y profunda como profunda ISQ de incisión profunda.

Infección de sitio quirúrgico profunda (ISQP): Debe tener **al menos 1** de los siguientes criterios:

CRITERIO 1
<p>1.1 Que la infección se presente dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico si no se deja un implante en el lugar, o dentro de 1 año si hay implante y la infección parece estar relacionada con la cirugía y que comprometa tejidos blandos profundos (ej.: fascia o capas musculares)</p> <p>MAS</p> <p>1.2 Al menos 1 de los siguientes:</p> <p>Drenaje purulento de la incisión profunda pero no del órgano/componente espacial del sitio quirúrgico.</p> <p>Que se encuentre en el examen directo, durante la reintervención, o en el examen histopatológico o radiológico un absceso u otro tipo de evidencia de infección que comprometa la incisión profunda</p> <p>Diagnóstico hecho por un cirujano o médico tratante de una ISQ de incisión profunda.</p> <p>Dehiscencia de la incisión profunda o que sea abierta por el cirujano y el cultivo sea positivo o no cultivado, cuando el paciente tenga al menos 1 de los siguientes signos y síntomas: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor o sensibilidad localizada.</p>

Infección de Sitio Quirúrgico de Órgano/Espacio (ISQOE): Una infección de sitio quirúrgico de órgano/espacio compromete cualquier parte del cuerpo, excluyendo la incisión en la piel, en la fascia o en las capas musculares, que sea abierta o manipulada durante el procedimiento quirúrgico. Los sitios





específicos son asignados a la IHO de órgano/espacio para identificar con mayor precisión la localización de la infección. Un ejemplo es la apendicetomía con absceso diafragmático que debe ser registrado como IHOE de órgano/espacio en el sitio específico intraabdominal. Debe tener **al menos 1** de los siguientes criterios

CRITERIO 1

1.1 Que la infección se presente dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico si no se deja un implante en el lugar o dentro de 1 año si hay implante y la infección parece estar relacionada con la cirugía

MAS

Que comprometa cualquier parte del cuerpo, excluyendo la incisión en la piel, en la fascia o en las capas musculares, que sea abierta o manipulada durante el procedimiento quirúrgico

MAS

1.3. Al **menos 1** de los siguientes:

Drenaje purulento por un dren colocado a través de una herida en un órgano/espacio.

Patógenos aislados de un cultivo obtenido asépticamente o de un fluido o tejido del órgano/espacio.

Un absceso u otra evidencia de infección que involucra al órgano/espacio evidenciado en el examen directo, durante una reintervención o por examen histopatológico o radiológico.

Diagnóstico de una infección de herida operatoria de órgano/espacio por un cirujano o médico tratante.

- Los siguientes son los sitios específicos de una infección de sitio quirúrgico de órgano/espacio:

Abscessos de seno o mastitis

Espacio de disco

Espacio intervertebral

Oído, mastoides

Absceso espinal sin meningitis

Endocarditis

Osteomielitis

Absceso cerebral o en la duramadre

Absceso de la médula espinal sin meningitis

Ojo: Ojo

Tracto respiratorio superior

Articulación o bursa

Miocarditis o pericarditis

Meningitis o ventriculitis

Cavidad oral (boca, lengua, encías)

Otras del aparato reproductor.

Otras infecciones del tracto urinario

Tracto gastrointestinal

Intraabdominal, no incluye GIT

Cúpula vaginal

Sinusitis

Infecciones del tracto respiratorio

Infección arterial o venosa

- Las infecciones de sitio quirúrgico post cirugía de prótesis de cadera, se refiere a las infecciones propiamente como tal, tanto de planos superficiales como profundos, independiente si además hay infección de la prótesis.

Enterocolitis Necrotizante (NEC): Debe cumplir el siguiente criterio:

CRITERIO 1	CRITERIO 2
<p>Paciente ≤ 1 año de edad</p> <p>1.1 Al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspirado bilioso Vómitos, distensión abdominal Regurgitación residual <p>MAS</p> <p>1.2. Presencia de sangrado microscópico o macroscópico en heces</p>	<p>2.1 Cirugía NEC:</p> <p>Niño tiene por lo menos 1 de los siguientes hallazgos quirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidencia quirúrgica de necrosis del intestino (> 2 cm de intestino afectada) Evidencia quirúrgica de neumatosis intestinal con o sin perforación intestinal



**MAS**

1.3. Al **menos 1** de las siguientes anomalías abdominales radiográficas:

- Neumoperitoneo
- Neumatosis intestinal
- Asas "rígidas" sin cambios del intestino delgado

Meningitis o ventriculitis (MEVE): Debe cumplir **al menos 1** de los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3
Paciente con cultivo positivo del líquido céfalo raquídeo (LCR).	<p>Paciente con al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), • Cefalea, • Rigidez de nuca, • Signos meníngeos, • Signos de pares craneales (+) o irritabilidad. <p>MAS</p> <p>2.2. Al menos 1 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de leucocitos, elevación de las proteínas y/o disminución de la glucosa en el LCR • Microorganismos vistos en la tinción Gram del LCR • Hemocultivo positivo • Prueba antigénica positiva del LCR, sangre u orina • Título único de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero apareado (IgG) para el patógeno. <p>MAS</p> <p>2.3. Si el diagnóstico de infección del sistema nervioso central es realizado antes de la muerte del paciente y recibió terapia médica antimicrobiana apropiada.</p>	<p>Paciente ≤ 1 año de edad en el que el pediatra sospeche compromiso del sistema nervioso central</p> <p>3.2 Que tenga al menos 1 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), • Hipotermia ($<37^{\circ}\text{C}$), • Apnea, bradicardia, • Rigidez de nuca, • Signos meníngeos, • Signos de pares craneales (+), Irritabilidad o convulsión. <p>MAS</p> <p>3.3. Al menos 1 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de leucocitos, • Microorganismos vistos en la tinción Gram del LCR • Hemocultivo positivo • Título único diagnóstico de anticuerpos (IgM) o un incremento de 4 veces en el suero apareado (IgG) para el patógeno • Detección de antígenos de gérmenes patógenos en LCR, sangre u orina • Amplificación de DNA para patógenos específicos, mediante biología molecular <p>MAS</p> <p>3.2. Si el diagnóstico de infección del sistema nervioso central es realizado antes de la muerte y el médico inicia terapia antimicrobiana apropiada.</p>

- Reportar meningitis en el neonato como intrahospitalaria a menos que haya una completa evidencia que indique que la meningitis fue adquirida transplacentariamente.
- Reportar infección por derivación del LCR como infección de sitio quirúrgico de órgano/espacio de tipo meningitis o ventriculitis si ocurre ≤ 1 año desde su colocación.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Anexo c

PERÚ
Ministerio
de SaludDirección General
de Epidemiología

FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE IAAS

I.- DATOS DEL PACIENTE

1.1 Historia Clínica/DNI/ Autogenerado:

1.2 Apellidos y nombres: _____

1.3 Sexo:

1.4 Edad: _____

1.5 Peso (Neonatos): _____ grs.

1.6 Servicio: _____

1.7 Cama: _____

1.8 Ingreso al servicio: __/__/__

1.9 Egreso al servicio: __/__/__

1.10 Condición de egreso: Vivo ☐Fallecido ☐

Transferido: _____

II.- DATOS DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD

ITEMS	IAAS N°1		IAAS N°2		IAAS N°3	
2.1 Tipo de IAAS						
2.2 Dispositivo o procedimiento asociado a la IAAS						
2.3 Fecha de inicio del factor de riesgo	/ /		/ /		/ /	
2.4 Fecha de retiro del factor de riesgo	/ /		/ /		/ /	
2.5 Fecha de inicio de la IAAS	/ /		/ /		/ /	
2.6 Cultivo solicitado						
2.7 Tipo de cultivo	Cultivo N° 1	Cultivo N° 2	Cultivo N° 1	Cultivo N° 2	Cultivo N° 1	Cultivo N° 2
2.8 Germen aislado para la IAAS						
2.9 Perfil de resistencia y sensibilidad						
Ceftazidima						
Cefepime						
Ciprofloxacina						
Meropenem						
Ampicilina/Sulbactam						
Cefotaxima						
Aztreonam						
Cefuroxima						
Ticarcilina/Ac. Clavulánico						
Imipenem						
Piperacilina/Tazobactam						
Cefepime						
Gentamicina						
Amikacina						
Sulfaperazona/Sulbactam						
Trimetropin/Sulfametoxazol						
Ac. Nalidixico						
Norfloxacino						
Producción de BLEE						





INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE IAAS

Este instructivo proporciona información para el correcto llenado de la "Ficha de investigación epidemiológica de IAAS".

Para el correcto llenado de la ficha se tomará en consideración letra clara, legible para registrar lo siguiente:

1. **Historia clínica/autogenerado/DNI:** Código disponible en la IPRESS a través del cual se realice la ubicación de la historia clínica del paciente como puede ser: la historia clínica/autogenerado, documento nacional de identidad, etc.
2. **Apellidos y nombres:** Apellidos y nombres del paciente con factor de riesgo vigilado.
3. **Sexo:** Registrar masculino (M) y femenino (F).
4. **Peso:** En caso corresponda a recién nacidos (≤ 28 días de vida) registrar el peso en gramos
5. **Servicio:** Nombre del servicio vigilado seguido de la denominación de las salas en caso exista más de uno por servicio. Ejemplo: "Medicina - Sala San Pedro".
6. **N° de cama:** Número de cama o código que identifique la cama que ocupa el paciente vigilado.
7. **Fecha de ingreso:** Fecha en que ingresó al servicio vigilado
8. **Fecha de egreso:** Fecha en que sale de alta del servicio vigilado
9. **Diagnóstico médico:** Diagnóstico médico principal según el código CIE 10 correspondiente.
10. **Condición de egreso:** Condición de alta del paciente vigilado: Vivo (V), fallecido (F) y transferido (T).
11. **Tipo de IAAS:** Código de la Infección asociada a la atención de la salud que presenta el paciente según la definición de caso específica para su diagnóstico.
12. **Factor de riesgo asociado:** Dispositivo o procedimiento asociado a la IAAS: Ventilador mecánico (VM), Catéter venoso centra (CVC), catéter urinario permanente (CUP), parto vaginal (PV), Colectomía laparoscópica (COLELAP), entre otros.
13. **Fecha de inicio del factor de riesgo:** Fecha en la que se instaló el dispositivo invasivo o se realizó el procedimiento quirúrgico.
14. **Fecha de retiro del factor de riesgo:** Fecha en la que se retira el dispositivo invasivo y el paciente deja de estar expuesto; no aplica para los procedimientos quirúrgicos.
15. **Fecha de la IAAS:** Fecha en la que presenta los criterios de definición de caso IAAS.
16. **Cultivo solicitado:** Código según la solicitud del cultivo solicitado por el médico tratante ante la sospecha de una IAAS: Si (1) y no (2).
17. **Tipo de cultivo:** Hemocultivo (1), urocultivo (2), secreción bronquial (3), cultivo de secreción de herida (4), otros especificar. Puede considerarse hasta dos cultivos para cada IAAS.
18. **Microorganismo aislado para la IAAS:** Código asignado según microorganismo, ver lista (anexo N°11). Para considerarse hasta dos cultivos para cada IAAS.
19. **Perfil de resistencia y sensibilidad:** Registrar según el antibiograma para cada antimicrobiano: Resistencia (R), sensibilidad (S) e Indeterminado (I)





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



Anexo d

HOJA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

PACIENTE				DISPOSITIVO		N°	F.I.	SERVICIO																															
								MES																															
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	D.E. III
FI:	EDAD:	FI-INS	1	CYC/CD/PORT		2																																	
HC:	CAJAL:	SEXO:	2																																				
TIPO DE AISLAMIENTO				LA																																			
DIAGNOSTICO				CYP																																			
				DT																																			
				CUP																																			
				SDVE																																			
				H. OPERATORIA																																			
OBSERVACION				PROCEDENCIA																																			
				AMIKACINA																																			
				MEROPENEM																																			
				VANCOMICINA																																			
CULTIVOS				PROCALCITONINA																																			
FECHA	HEMO	FECHA	URO	FECHA	SEC	PCR (>= 5 mg/l)																																	
						HEMOGRAMA																																	
						TEMPERATURA																																	
						ORINA																																	
						RX/TC /TIPO DE SECRESID																																	
						CITOQUIMICO																																	





PERÚ
Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Anexo e

FORMATO DE REPORTE DE IAAS

DIRECCION DE SALUD: II- LIMA SUR

Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja

SERVICIO:

AÑO

Mes	Cateter Venoso Central (C.V.C.)				Cateter Urinario Permanente (C.U.P.)				Ventilador Mecánico (V.M.)			
	N° días de exposición con C.V.C.	N° de Pacientes vigilados	N° ITS asociado a C.V.C.	Tasa de ITS b/a x 1000	N° días de exposición con C.U.P.	N° de Pacientes vigilados	N° ITU asociado a C.U.P.	Tasa de ITU d/e x 1000	N° días de exposición con V.M.	N° de Pacientes vigilados	N° Neumonías asociada a V.M.	Tasa de Neumonía f/e x 1000
Enero	a		b	#DIV/0!	c		d	#DIV/0!	e		f	#DIV/0!
Febrero				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Marzo				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Abril				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Mayo				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Junio				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Julio				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Agosto				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Septiembre				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Octubre				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Noviembre				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
Diciembre				#DIV/0!				#DIV/0!				#DIV/0!
TOTAL	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!
SUB UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA					AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA							





Anexo f

FORMATO DE RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS Y BROTE

SERVICIO:		
FECHA :		HORA :
PROBLEMA IDENTIFICADO:		
IAAS ()	BROTE ()	PORTADOR A.MDR: ()
OTROS(), ESPECIFICAR:		
PREVENCIONISTA DE INFECCIONES :		
NOMBRE Y APELLIDO:		
CARGO:		



INSTRUMENTOS DE SUPERVISIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS IAAS POR FACTORES DE RIESGO



GUÍA DE SUPERVISIÓN DE PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

[illegible]

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:





CAPÍTULO V.- CONTROL DE CAMBIOS

Número de revisión	Fecha	Descripción del cambio
0	Abril del 2016	<p>Aprobación de la primera versión del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Tecnología de la Información, con 5 procedimientos que son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Registro, procesamiento, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la información estadística.• Actualización del Portal Institucional• Elaboración del Análisis de Situación de Salud en el INSN SB• Formulación y evaluación del Plan operativo Informático• Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud
1		
2		

