



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Trujillo, 22 de abril del 2022

VISTO:

El informe N° 00014-2022-GRLL-GGR-HRDT-OEPE de fecha 22 de abril del 2022, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, se aprobó la NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias” cuyo objetivo es disminuir la incidencia de las infecciones para los usuarios y los servicios de salud”;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, de fecha 16 de marzo de 2015, se aprobó el Documento Técnico: “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención Y Control de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud”

Que, mediante Informe N°002-2022-GRLL-GGR-HRDT-OESA, emitido por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental solicita la aprobación del DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD” del Hospital Regional Docente de Trujillo para el año 2022, el cual cuenta con la revisión y aprobación de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, el precitado Documento Técnico tiene por finalidad, contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios hospitalarios, reduciendo las infecciones asociadas a la atención de salud y los Accidentes Biológicos Laborales (Infecciones Adquiridas en los Servicios de Salud –IASS).

Que, mediante Resolución Directoral N°565-2021-HRDT/DG, se aprueba la Directiva Administrativa N° 01-2021-HRDT/OEPE V.01, denominada “FORMULACIÓN, ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS NORMATIVOS DE GESTIÓN INTERNA” que tiene como objetivo establecer lineamientos y disposiciones que orienten a los órganos o unidades orgánicas para la formulación, elaboración y aprobación de los documentos normativos de gestión interna que se generen por parte de las Unidades Orgánicas del Hospital Regional Docente de Trujillo.



Firmado digitalmente por
CARRANZA CASTANEDA Nelly
Carolina FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.04.2022 12:47:15 -05:00



Firmado digitalmente por HARO
ESPINOLA Mirian Emilia FAU
20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.04.2022 12:38:25 -05:00



Firmado digitalmente por
HERRERA VILOCHE Marie FAU
20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.04.2022 12:26:45 -05:00



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Trujillo, 22 de abril del 2022

Que, mediante documento del visto, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico indica que el documento de gestión interna, cumple con lo establecido en la normativa interna, por ello recomienda su aprobación mediante acto resolutivo el DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD" del Hospital Regional Docente de Trujillo para el año 2022.

Contando con la visación del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1° APROBAR el DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD" del Hospital Regional Docente de Trujillo para el año 2022, que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2° DISPONER que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, monitoree el cumplimiento de las actividades programadas, evaluar el cumplimiento de los objetivos, e informar a la Dirección General los avances ejecutados.

Artículo 3° ENCARGAR a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la administración y custodia de los documentos normativos de gestión interna aprobados por la institución.

Artículo 4° DISPONER que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente resolución en el portal institucional del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Regístrese y Cúmplase.



Firmado digitalmente por HARO
ESPINOLA Mirian Emilia FAU
20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.04.2022 12:38:37 -05:00



Firmado digitalmente por
HERRERA VILOCHE Marie FAU
20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.04.2022 12:27:22 -05:00



Firmado digitalmente por
CARRANZA CASTANEDA Nelly
Carolina FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.04.2022 12:49:09 -05:00



Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ SANCHEZ Cesar
Augusto FAU 20440374248 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22.04.2022 14:45:18 -05:00



DOCUMENTO TÉCNICO:

“Plan Anual de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud”

<p>Elaborado por: MC. Ofelia García Bobadilla</p>	<p>Firma:</p> 
<p>Cargo: Jefe (e) de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental</p>	<p>Firma:</p>  <p>Firmado digitalmente por HERRERA VILOCHE Marie FAU 20440374248 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 21.04.2022 12:07:00 -05:00</p>
<p>Revisado por: MC. Marie Herrera Viloche</p>	<p>Firma:</p>  <p>Firmado digitalmente por HARO ESPINOLA Mirian Emilia FAU 20440374248 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 22.04.2022 10:35:08 -05:00</p>
<p>Cargo: Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad</p>	<p>Firma:</p>  <p>Firmado digitalmente por CARRANZA CASTANEDA Nelly Carolina FAU 20440374248 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 22.04.2022 12:52:44 -05:00</p>
<p>Revisado por: CPC. Mirian Haro Espinola</p>	<p>Firma:</p>  <p>Firmado digitalmente por FERNÁNDEZ SANCHEZ Cesar Augusto FAU 20440374248 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 22.04.2022 14:44:46 -05:00</p>
<p>Cargo: Jefe de la Ofic. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p>	
<p>Revisado por: Abog. Jorge Cáceda Saldaña</p>	
<p>Cargo: Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica</p>	
<p>Aprobado por: Dr. César Fernández Sánchez</p>	
<p>Cargo: Director General del HRDT</p>	

I. INTRODUCCION

Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Las IAAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS. La carga de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.

Las IAAS constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y especialmente en los países en vías de desarrollo, provocando la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, en muchos casos genera discapacidad, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias.

El incremento de IAAS se debe a múltiples factores como: el aumento del número de servicios de mayor complejidad, el mayor uso de las unidades de cuidados intensivos, donde se realizan múltiples procedimientos de riesgo en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, el aumento de pacientes con inmunodeficiencia de diferentes etiologías, el aumento de partos prematuros, así como el uso indiscriminado de fármacos inmunosupresores y de agentes antimicrobianos con la consecuente aparición de la resistencia de los microorganismos, los cuales hace más difícil y complejo el control de estas infecciones.

El Ministerio de Salud (MINSA) desde el año 1998, abordó este problema elaborando un conjunto de estrategias en el campo de la regulación, capacitación, monitoreo y supervisión de los procesos de vigilancia, prevención y control de IAAS.

Después del análisis de hospitales para determinar unidades modelos se observó que estas unidades destacaron evaluaciones generalizadas no satisfactorias entre ellas la de nuestro Hospital por lo que se consideró de importancia contar con un plan de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención de salud, con el fin de contribuir en la mejora de la calidad de atención de los pacientes y trabajadores de salud en riesgo de adquirir infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) y accidentes biológicos laborales (ABL), de manera sostenible.

El presente plan debe permitir la organización de los diferentes servicios con adecuada asignación de recursos, alcanzar niveles de reducción de las IAAS que evidencien una mejoría de la calidad de atención de la salud. Se programarán acciones y estrategias que involucren a todo el personal de salud para trabajar en cooperación y coordinación para reducir el riesgo de infección de los pacientes y personal de salud.

II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios hospitalarios, reduciendo las infecciones asociadas a la atención de salud y los Accidentes Biológicos Laborales (Infecciones Adquiridas en los Servicios de Salud –IAAS).

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Reducir la incidencia de las infecciones asociadas a la atención de salud y Accidentes Biológicos Laborales (Infecciones Adquiridas en los servicios de salud – IAAS), a través del fortalecimiento de las capacidades del sistema de vigilancia, prevención y control de las IAAS en los servicios de salud y la educación de la comunidad que acude al hospital.



3.2. OBJETIVO ESPECIFICO

1. Fortalecer y articular las acciones de VPC de las IAAS, a nivel del HRDT.
2. Fortalecer la Gestión clínica basada en evidencia en la VPC de las IAAS.
3. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las IAAS y el control de brotes hospitalarios para la toma de decisiones.
4. Fortalecer la capacidad del laboratorio como apoyo al diagnóstico para prevención y control de las IAAS.
5. Promover el uso adecuado y seguro de los antimicrobianos, antisépticos, desinfectantes y producto de administración parenteral.
6. Reducir los riesgos derivados del inadecuado manejo de los residuos sólidos, agua, alimentos, vectores y roedores.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan, es de aplicación en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842. Ley General de Salud
- Ley N° 27657. Ley del Ministerio de salud
- Ley N° 27813. Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27314. Ley General de Residuos Sólidos. Modificatoria DL. 1065.
- DS.057 – PCM. Reglamento de la ley General de Residuos Sólidos.
- Decreto Supremo N° 013 – 2002 - SA, que aprueba el Reglamento de la ley 27657
- Decreto Supremo N° 023 – 2005 - SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- R.M N° 523 - 2020/MINSA. Norma Técnica N° 163 – MINSA/2020/CDC. "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las infecciones Asociadas a la Atención de la Salud".
- R.M N° 179 - 2005/ MINSA Norma Técnica de Vigilancia Epidemiologica de las Infecciones Intrahospitalarias N.T. N° 026 - MINSA/OGE - V.01.
- R.M N° 217 - 2004/ MINSA Norma Técnica de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios N.T. N° 008 - MINSA/DGPS - 2004.
- R.M N° 452 – 2003 - SA/ DM Manual de Aislamiento Hospitalario.
- R.M N° 1472 – 2002 - SA/DM. Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- R.M N° 523 - 2007/ MINSA Guía Técnica para la evaluación Interna de la Vigilancia,prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos Bacteriologicos de las infecciones Intrahospitalarias. Series de Normas Técnicas N° 28 – 2001.
- Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Manual de Procedimientos para la prueba de sensibilidad Antimicrobiana por el método de disco Difusión. Serie de Normas Técnicas N° 30 - 2002.
- Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos para la Investigación de Brotes de Infecciones Intrahospitalarias Producidas por bacterias mediante métodos de Biología Molecular. Serie de Normas Técnicas N° 35 - 2002.
- R.M N° 769 - 2004/MINSA. Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector Salud.



VI. SIGLAS

SIGLAS	DESCRIPCION
ATM	Fármaco Antimicrobiano
BPA	Buenas prácticas de Almacenamiento
BPM	Buenas prácticas de manufactura
CTN	Comité técnico nacional
CIAAS	Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
CO	Centro Obstétrico
CQ	Centro Quirúrgico
DCI	Denominación Común Internacional
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DGE	Dirección General de Epidemiología
INS	Instituto Nacional de Salud
NPT	Nutrición Parenteral
PC	Prevención y Control
PEED	Programa de Evaluación Externa de Desempeño
PNME	Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales
RAM	Reacciones Adversas a Medicamentos
RM	Resolución Ministerial
RSH	Residuos Sólidos Hospitalarios
SA	Salud Ambiental
SDMDU	Sistema de Dispensación
URATM	Uso Racional de Antimicrobianos
VPC de IAAS	Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de salud



VII. CONTENIDO

6.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS IAAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

El Hospital Regional Docente de Trujillo, es un hospital de nivel III - I, de referencia que brinda atención a la población procedente de la Región La Libertad y del Norte del país, demandante a la consulta externa y hospitalización.

En el año 2009 se tuvo 12979 egresos hospitalarios, en el 2010 egresaron 12729 pacientes, en el 2011 se tuvo 13162 egresos, en el año 2012 hubo 12742 egresos, el año 2013 hubo 12157 egresos, en el 2014 se tuvo 11866 egresos, el 2015 se tuvo 12328 egresos, el 2016 se tuvo 12077, en el año 2017 10912, en el 2018 fueron un total de 11904 egresos, el año 2019 egresaron 11997, en el año 2020 egresaron 9500 y en el año 2021 se obtuvo un total de 4692 egresos (desde Marzo del 2020 y gran parte del año 2021 fue hospital COVID).

Usualmente los pacientes ingresan al hospital creyendo que ellos pueden ser tratados por su problema de salud y que luego serán dados de alta en mejor estado de salud que a su ingreso.

Sin embargo, en muchos casos la hospitalización constituye un riesgo potencial para la salud de los pacientes y los predispone a desarrollar una variedad de infecciones especialmente con microorganismos hospitalarios muchas veces multirresistentes, que contribuyen significativamente a una mayor morbilidad y mortalidad, también como a un exceso en los costos para los pacientes hospitalizados.

Las infecciones asociadas a la atención de salud son una importante causa de morbilidad y mortalidad prevenibles y generadoras de sobre costos injustificados para los pacientes hospitalizados, en un sistema donde los servicios de salud están siendo cada vez más afectados por los elevados costos del cuidado de los pacientes y el recorte del gasto público. Los resultados obtenidos en la evaluación del Plan año 2021 de la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud son como se muestran a continuación.

Incidencia de IAAS según exposición a procedimiento invasivo HRDT 2021

La tasa de densidad de incidencia y de incidencia acumulada asociada a procedimientos invasivos, de vigilancia nacional fue:

SERVICIO	PROCED. INVASIVO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Neonatología	ITS a CVC x 1000 días exp	0	1.63	2.94	0.84	2.76	0.65	6.29	2.17	0.63	0.74	0.91	0.94
	ITS a CVP x 1000 días exp.	2.42	1.32	0.45	0.68	0.34	0.96	2.87	0.96	0	0	0	0
	Neumonía a VM x 1000 días exp.	2.83	1.83	3.63	0	1.28	2.25	3.11	2.44	1.27	2.89	0	2.14
UCI	ITS a CVC x 1000 días exp	0.47	0	0	1.72	1.46	0.64	1.2	0.54	0	0	0.19	0.22
	ITU a CUP x 1000 días exp.	4.64	2.97	0.49	5.63	3.84	0.64	3.37	1.55	4.90	3.55	2.87	8.99
	Neumonía a VM x 1000 días exp	13.8	10.3	12.24	11.51	18.38	8.49	11.91	9.21	8.83	9.01	3.71	23.15
Gineco Obstetricia	Endometritis a P. Vaginal x 100 par.	0.17	0.56	0.22	0.2	0.22	0.35	0.09	0.20	0.17	0.08	0	0
	Endometritis a P. Cesárea x 100.	0.25	1.09	0.29	0.08	0.10	0.14	0.14	0.06	0.12	0.25	0.66	0.28
	IHO a Cesárea x 100	0.95	1.09	1.09	0.23	0.19	0.35	0.92	0.82	0.40	0.45	0.09	1.68
Medicina	ITU A CUP x1000 días exp.	1.54	1.82	3.37	3.22	2.76	3.6	1.49	1.02	1.22	0.24	0.92	0.19
Cirugía	ITU A CUP x1000 días exp.	2.27	3.8	1.44	3.94	1.23	2.35	0.85	1.97	0.61	1.39	1.04	0.12
	IHO colecistectomía x 100	0	0.23	0	0.22	0	0	0	0	0	0	0	0
	IHO hernio plastia inguinal x100	0	0	0	0.69	0	0	0	0.67	0	0.59	2.94	0
UCI PEDIATRICA	ITS a CVC x 1000 días exp										0	0	1.63
	ITU a CUP x 1000 días exp.										12.16	10.10	22.32
	Neumonía a VM x 1000 días exp										10.11	1.62	6.53



Comparando las tasas de IAAS obtenidas en el IV trimestre del 2020 con el 2021 se observa lo siguiente:

En Neonatología la tasa de densidad de incidencia de las ITS asociada a CVP y la tasa de neumonía asociada a ventilador mecánico se mantiene en 0, mientras que las ITS asociadas a catéter venoso central ha disminuido en 1.12 x 1000 días exposición.

En UCI Adulto la tasa de densidad de incidencia de ITS asociada a catéter venoso central ha disminuido en 0.68 y las tasas de ITU asociadas a catéter urinario permanente y de Neumonía asociada a ventilador mecánico han aumentado en 1.54 y 14.62 x 1000 días exposición, respectivamente.

En UCI Pediátrica la tasa de densidad de incidencia de ITS asociada a catéter venoso central se mantiene en 0, la tasa de ITU asociadas a catéter urinario permanente a disminuido en 13.04 y la tasa de Neumonía asociada a ventilador mecánico ha aumentado en 1.61 x 1000 días exposición.

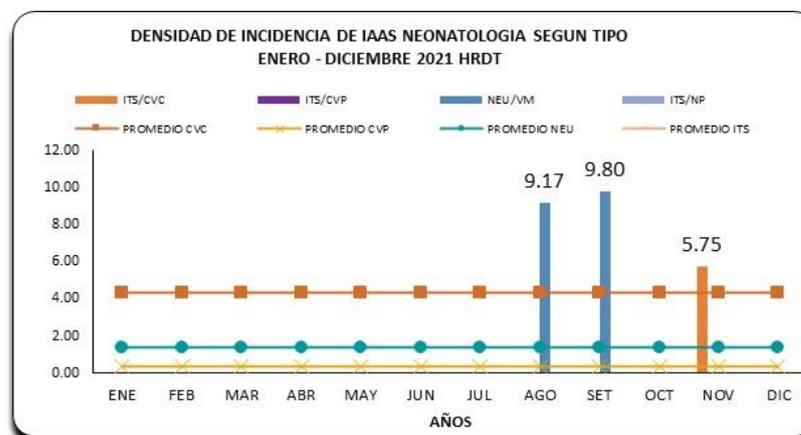
En Gineco – Obstetricia observamos que la tasa de endometritis por parto vaginal se mantiene en 0, la tasa de endometritis por parto cesárea aumentó a en 0.54 x 100 partos cesárea y la tasa para IHO por cesárea ha disminuido en 0.33 x 100 partos cesárea.

En Medicina la tasa de densidad de incidencia de ITU asociada a catéter urinario permanente a disminuido en 5.36 x 1000 días exposición.

En Cirugía la tasa de densidad de incidencia de ITU asociada a catéter urinario permanente aumentó en 0.26 x 1000 días exposición.

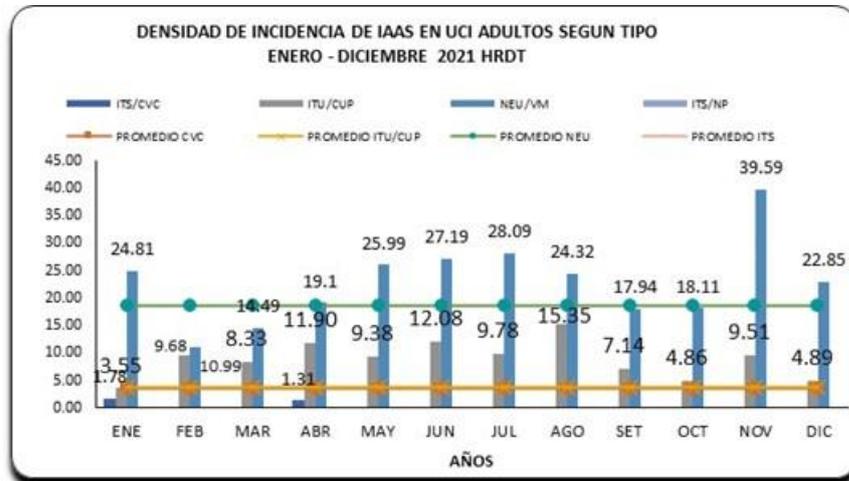
Las tasas de incidencia acumulada de IHO por colecistectomía y por hernioplastia inguinal se mantiene en cero.

TASA DE DENSIDAD DE INCIDENCIA E INCIDENCIA ACUMULADA COMPARADA CON LA TASA PROMEDIO NACIONAL DE LOS HOSPITALES III-1 HDRT 2021

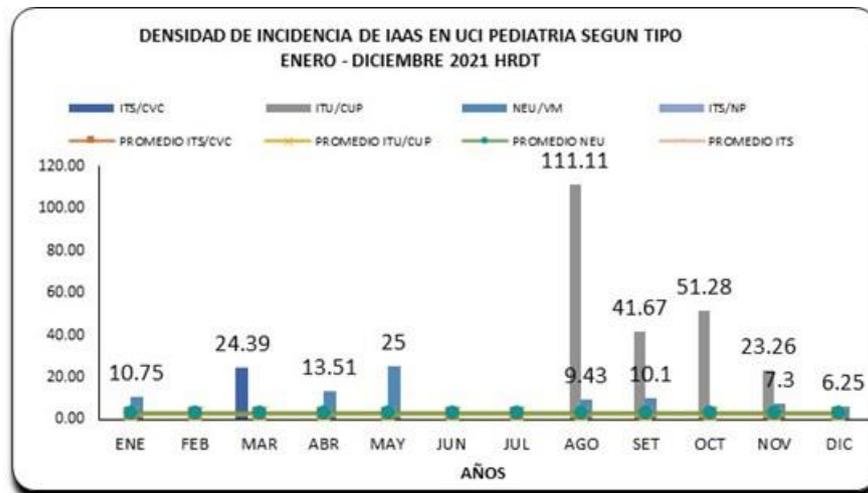


De enero a diciembre del año 2021 en el servicio de UCI Neonatal no se reportaron casos de ITS asociado a CVP, se reportó 01 caso de ITS asociado a CVC, 02 casos de neumonía asociado a VM; los casos mencionados no corresponden al mes de diciembre.

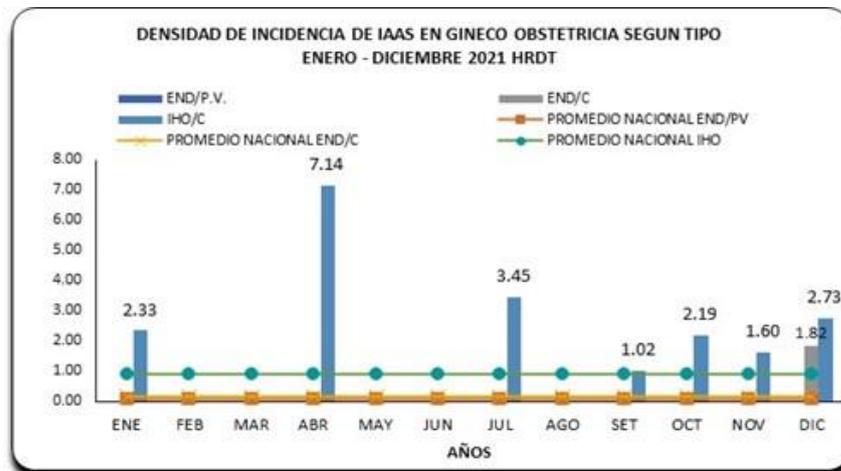
La tasa anual de ITS asociado a CVP se mantuvo en 0, mientras que la tasa anual de ITS asociado a CVC y la tasa de neumonía asociado a VM fueron de 0.9 y 2.14 respectivamente por 1000 días de exposición.



De enero a diciembre del año 2021 en el servicio de UCI Adulto se reportaron un total de 2 casos de ITS relacionado a CVC, 197 casos de Neumonía asociado a VM y un total de 82 casos de ITU por CUP; de los casos mencionados corresponde al mes de diciembre: 4 casos de ITU por CUP, con una tasa de densidad de incidencia de 4.89 por 1000 días de exposición; mayor al promedio nacional (3.75) para hospitales III - 1 y 17 casos de Neumonía asociada a VM, con una tasa de densidad de incidencia de 22.85 por 1000 días de exposición; mayor al promedio nacional (18.59) para hospitales III - 1. La tasa anual de ITS asociado a CVC, de neumonía asociado a VM y de ITU asociado a CUP fueron de 0.22 , 23.15 y 8.99 por 1000 días de exposición respectivamente.



En el servicio de UCI Pediátrica de enero a diciembre del año 2021 se reportó: 1 caso de ITS asociado CVC; 05 casos de ITU asociado a CUP y 08 casos de neumonía asociado a VM; de los casos mencionados corresponden al mes de diciembre 01 Neumonía asociado a VM con una tasa de densidad de incidencia de 6.25 por 1000 días de exposición mayor al promedio nacional para hospitales III - 1. La tasa anual de ITS asociado a CVC, de neumonía asociado a VM y de ITU asociado a CUP fueron de 1.63, 6.53 y 22.32 por 1000 días de exposición respectivamente.



Del mes de enero a diciembre del año en curso no se reportaron casos de endometritis por parto vaginal, se reportaron 02 casos de endometritis por parto CST y 12 casos de IHO por parto cesárea, correspondiendo al mes de diciembre 02 casos de endometritis por parto CST y 03 casos de IHO por CST con una incidencia acumulada de 1.82 y 2.73 por 100 partos cesárea respectivamente, ambas mayor al promedio nacional para hospitales III - 1.

La tasa anual de endometritis asociada a Parto vaginal fue de 0 por 100 partos vaginales.

La tasa anual de endometritis asociada a parto CST fue de 0.28 por 100 partos CST.

La tasa anual de IHO asociada a parto CST fue de 1.68 por 100 partos CST.



De enero a diciembre del año 2021 en el servicio de Medicina se reportaron 04 casos de ITU relacionado a CUP, ningún caso corresponde al mes de diciembre.

La tasa anual de ITU asociada a CUP en medicina fue de 0.19 por 1000 días de exposición.

De enero a diciembre del año 2021 en el servicio de cirugía se reportó 01 caso de ITU relacionado a CUP, el caso mencionado no corresponde al mes de diciembre; durante todo el año no se reportaron casos de Infección de Herida Operatoria asociada a Hernioplastia y de Infección de Herida Operatoria asociada a Colectistomía.

La tasa anual de ITU asociado a CUP en Cirugía fue de 0.12 por 1000 días de exposición.

La tasa anual de IHO asociada a hernioplastia y a colectistomía se mantuvo en 0.

BROTOS PRESENTES EN EL HRDT

En el año 2021 no se presentaron brotes nuevos; se continuaron trabajando los brotes del año anterior que aún no se cerraban por presencia de nuevos casos en las unidades de cuidados intensivos adultos y pediátricos.

- **Brote UCI Adulto** (aún no se realiza informe final de brote debido a presencia de casos hasta la actualidad).
- **Brote UCI Pediatría:** se cerró brote durante el II Trimestre 2021.

**TASA SEGÚN META DE ACUERDO DE GESTIÓN
(Meta Plan Estratégico 2014-2019 HRDT)
TASA SEGÚN ESTUDIO DE PREVALENCIA PUNTUAL**

AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	I SEM 2015	II SEM 2015	AÑO 2016
2.63%	1.33%	No se realizó	4.76%	No se realizó	No se realizó	No se realizó	6.12 %	6.67 %	3.3%	3.4%

La tasa de prevalencia de IAAS obtenida en el estudio del 24 de noviembre del 2016 es superior (3.4%) al estudio realizado en el II semestre del 2015 (3.3%), y menor que el estudio realizado en el I semestre del 2015 (6.67%).

Desde el 2017 no se ha realizado el estudio de prevalencia.



EXPOSICIONES LABORALES:

- **Accidentes punzocortantes:**

AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021
4	6	12	21	28	43	27	40	28	52	43	38	45	43	23	30

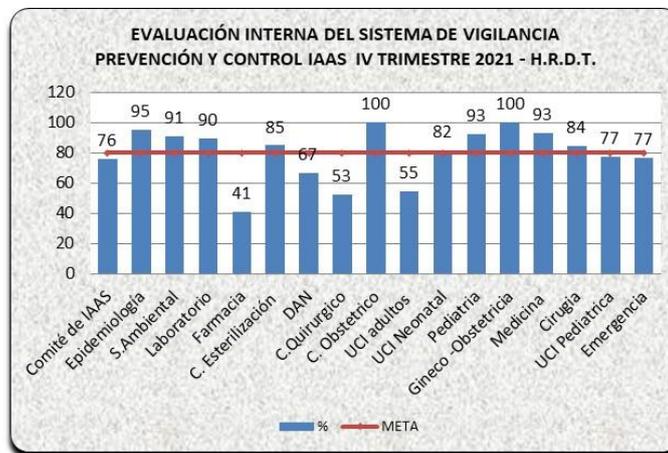
En el año 2021 ocurrieron 30 accidentes punzo cortantes presentándose más casos que el año anterior, el grupo ocupacional que presenta el mayor número de casos para este año son los Médicos y enfermeras, seguido de los Médicos residentes y laboratorista; en menor cantidad los técnicos de enfermería, interno de medicina, interno de enfermería y operario de limpieza en el 2020 -2021 son mes los casos en relación a los últimos 05 años anteriores.

- **Casos de TBC en Personal de Salud por año:**

AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021
02 pulmonar	01 de piel	0	02 pulmonar	01 pulmonar (BK -)	01 pulmonar	01 pulmonar (BK +)	01 Pulmonar (BK ++) No MDR	03 pulmonares (BK +) 01 mamaria	02 pulmonares (BK +)	01 pulmonar (BK +) 01 mamaria, 01 pleural	01 pulmonar (BK +)	0

Desde el año 2009 ha excepción el 2011 se han presentado casos de tuberculosis en el personal con mayor frecuencia la pulmonar, en el año 2021 no se reportaron casos de TBC Pulmonar, podría deberse al tipo de pacientes que se está recibiendo y el uso de respirador en todas las áreas por el COVI-19

**RESULTADOS TOTALES OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN INTERNA (AUTOEVALUACIÓN) IV TRIMESTRE
2021**



EN ESTRUCTURA:

En el IV Trimestre del año 2021 en relación a estructura de los 17 servicios evaluados se observa que es mayor el número de servicios (11) que han alcanzado lo óptimo (80% a más) y en menor cantidad (07) fueron los servicios que no alcanzaron la meta.

**PORCENTAJE ALCANZADO EN EVALUACIÓN INTERNA SEGÚN ESTRUCTURA
IV -TRIMESTRE Y SERVICIOS 2020 – 2021**



SERVICIOS	META OPTIMA	I TRIMESTRE%		II TRIMESTRE %		III TRIMESTRE %		IV TRIMESTRE %	
		2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Comité de IAAS	80	-	75	-	75	-	75	88	88
Epidemiología	80	-	100	-	100	-	100	100	100
Salud Ambiental	80	-	75	-	100	-	100	100	100
Laboratorio	80	-	83	-	83	-	92	75	92
Farmacia	80	-	63	-	63	-	50	88	50
C. de Esterilización	80	-	100	-	75	-	75	100	75
DAN	80	-	100	-	71	-	71	100	71
C. Quirúrgico	80	-	71	-	71	-	71	71	71
C. Obstétrico	80	-	100	-	100	-	100	86	100
UCI Adultos	80	-	27	-	27	-	45	27	45
UCI Neonatal	80	-	73	-	55	-	45	73	82
Pediatría	80	-	80	-	90	-	90	90	90
Gineco-Obstetricia	80	-	100	-	100	-	100	100	100
Medicina	80	-	80	-	100	-	100	93	87
Cirugía	80	-	80	-	80	-	90	80	90
Emergencia	80	-	60	-	60	-	80	60	80
UCI pediátrica	80	-	0	-	55	-	64	55	64

EN PROCESO:

En el IV Trimestre del año 2021 en relación a los procesos de los 17 servicios evaluados 11 alcanzaron calificativo óptimo (80% a más) y 06 servicios tienen calificativo bajo.



DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”

PORCENTAJE ALCANZADO EVALUACIÓN INTERNA SEGÚN PROCESO IV-TRIMESTRE Y SERVICIOS 2020 – 2021

SERVICIOS	META OPTIMA	I TRIMESTRE %		II TRIMESTRE %		III TRIMESTRE %		IV TRIMESTRE %	
		2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Comité de IIH	80	-	77	-	77	-	77	38	77
Epidemiología	80	-	100	-	100	-	100	85	92
Salud Ambiental	80	-	83	-	100	-	100	83	83
Laboratorio	80	-	87	-	87	-	87	87	87
Farmacia	80	-	38	-	38	-	50	50	38
C. de Esterilización	80	-	82	-	64	-	91	82	91
DAN	80	-	25	-	25	-	50	25	50
C. Quirúrgico	80	-	40	-	40	-	40	40	40
C. Obstétrico	80	-	100	-	100	-	100	100	100
UCI Adultos	80	-	63	-	50	-	75	63	75
UCI Neonatal	80	-	88	-	75	-	88	100	88
Pediatría	80	-	50	-	64	-	79	79	93
Gineco-Obstetricia	80	-	100	-	100	-	100	86	100
Medicina	80	-	86	-	100	-	100	100	95
Cirugía	80	-	71	-	71	-	71	71	71
Emergencia	80	-	29	-	43	-	86	29	86
UCI pediátrica	80	-	0	-	64	-	77	75	88



EN RESULTADO:

En el IV Trimestre del año 2021 de los 17 servicios evaluados, 12 servicios alcanzaron calificativo óptimo (80% a más), se debe realizar planes de mejora en 05 servicios que tienen el puntaje más bajo.

PORCENTAJE ALCANZADO EVALUACIÓN INTERNA SEGÚN RESULTADO IV TRIMESTRE Y SERVICIOS 2020 – 2021

SERVICIOS	META OPTIMA	I TRIMESTRE %		II TRIMESTRE %		III TRIMESTRE %		IV TRIMESTRE %	
		2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Comité de IAAS	80	-	50	-	50	-	50	25	50
Epidemiología	80	-	100	-	100	-	100	0	100
Salud Ambiental	80	-	100	-	100	-	100	100	100
Laboratorio	80	-	100	-	100	-	100	100	100
Farmacia	80	-	0	-	0	-	0	0	0
C. de Esterilización	80	-	100	-	100	-	100	100	100
DAN	80	-	0	-	0	-	0	0	100
C. Quirúrgico	80	-	50	-	50	-	50	50	50
C. Obstétrico	80	-	100	-	100	-	100	33	100
UCI Adultos	80	-	100	-	100	-	33	100	33
UCI Neonatal	80	-	33	-	33	-	67	100	67
Pediatría	80	-	33	-	100	-	100	100	100
Gineco-Obstetricia	80	-	100	-	100	-	100	80	100
Medicina	80	-	100	-	100	-	100	83	100
Cirugía	80	-	100	-	100	-	100	100	100
Emergencia	80	-	0	-	100	-	100	0	0
UCI pediátrica	80	-	67	-	67	-	100	67	100

6.2. JUSTIFICACIÓN

Las infecciones asociadas a la atención de salud constituyen un importante problema de salud pública en el mundo así también en nuestro país, por lo que es importante conocer los antecedentes y la evaluación de las acciones realizadas en el año 2021 que nos permite mejorar la atención a nuestros usuarios.

Por lo que se ha elaborado el presente “PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD 2022” y servirá de soporte técnico administrativo para una adecuada toma de decisiones a los Directivos de la Gestión Hospitalaria y a los responsables de la atención directa.

La prevención y el control de las infecciones hospitalarias constituyen las medidas efectivas en la disminución de las tasas de incidencia siendo una responsabilidad de todas las personas y de todos los servicios proveedores de atención de salud.

Por lo que en el presente Plan de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención de salud se programará acciones y estrategias que involucren a todo el personal de salud para trabajar en cooperación y coordinación para reducir el riesgo de infección de los pacientes y del personal, este compromiso comprende el personal: proveedor de la atención directa, servicios de administración, mantenimiento de la infraestructura, provisión de materiales, productos y capacitación de los trabajadores de salud.



6.3. INDICADORES TRAZADORES DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS

OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADORES TRAZADORES
1. Fortalecer y articular las acciones de VPC de las IAAS, a nivel del HRDT	Porcentaje de cumplimiento de plan local anual de VPC de las IAAS.
2. Fortalecer la Gestión clínica basada en evidencia en la PC de las IAAS.	Porcentaje de cumplimiento anual de acciones de PC en IAAS.
3. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las IAAS y el control de brotes hospitalarios para la toma de decisiones.	Porcentaje de cumplimiento anual de la vigilancia activa y selectiva de IAAS y el control de brotes.
4. Fortalecer la capacidad del laboratorio como apoyo al diagnóstico para prevención y control de las IAAS.	Porcentaje de los servicios que recibieron los reportes de la vigilancia de la resistencia antimicrobiana oportunamente, semestral y anualmente.
5. Promover el uso adecuado y seguro de los antimicrobianos, antisépticos, desinfectantes y producto de administración parenteral.	Porcentaje de cumplimiento de farmacia en el desarrollo de acciones en el uso racional de ATM, y el manejo seguro de mezclas parenterales y antisépticos.
6. Reducir los riesgos derivados del inadecuado manejo de los residuos sólidos, agua, alimentos, vectores y roedores.	Porcentaje de cumplimiento de los planes de gestión de residuos hospitalarios, agua, alimentos, vectores.

VIII. RESPONSABILIDADES

- Supervisión: COMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD 2022, implementado mediante Resolución Directoral.
- Asistencia técnica: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Implementación y aplicación: Jefaturas de Departamentos Asistenciales



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

IX. FINANCIAMIENTO

El costo del presente Plan, estará sujeto a la disponibilidad presupuestal emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico del HRDT.

OBJETIVO	PRESUPUESTO APROX. (SOLES)
Nº 1	77,994.0
Nº2	4,980.0
Nº3	944.80
Nº4	275.00
Nº5	880.0
Nº6	1,000.0
TOTAL	86,073.80

X. SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACION DEL PLAN



- El objetivo del seguimiento y evaluación es contar con la información oportuna sobre el avance en el cumplimiento de los objetivos y metas señaladas en el plan, con el propósito de tomar decisiones más adecuadas para su cumplimiento.
- La línea de base para evaluar el Plan local de VPC de IAAS será la aplicación de la Guía de Evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias aprobadas con R.M. Nº523 -2007/MINSA, la que se aplicará en los servicios correspondientes.
- La evaluación será a través del Comité de IAAS y la Oficina de Epidemiología y Calidad, estarán a cargo principalmente del monitoreo del cumplimiento de las actividades señaladas en el plan y elaborará un informe trimestral y anual sobre el avance y cumplimientos alcanzados.
- La evaluación de los avances en el cumplimiento del Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y control de IAAS se realizará en forma trimestral.

XI. METAS Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

LINEAMIENTO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META ANUAL	CRONOGRAMA												INSTRUMENTO DE MEDIDA		
					I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM					
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
L.1. SISTEMA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, IMPLEMENTADO Y ARTICULADO.	OE.1. Fortalecer y articular las acciones de vigilancia, prevención y control de IAAS.	a. Actualización e implementación de documentos normativos de VPC de las IAAS	1. Reconformar el comité de prevención y control de IAAS.	1	1											R.D.			
			2. Elaboración y aprobación del plan de PC de las IAAS.	1	1												Plan Aprobado		
			3. Reconformar el equipo técnico evaluador de la PC de las IAAS.	1	1													R.D.	
			4. Elaborar plan de evaluación interna de PC de las IAAS.	1	1													Plan Aprobado	
		b. Organización de la oficina de Epidemiología del Hospital con recursos humanos de acuerdo a normas para la vigilancia epidemiológica y control de las IAAS.	5. Dotar de personal calificado en número suficiente y estable para la vigilancia, Prevención y Control de las IAAS y ABL.	2	2													Personal	
			c. Implementación y monitoreo de la operatividad del comité de PC de las IAAS.	6. Reuniones Mensuales del Comité de IAAS, fortaleciendo sus capacidades.	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe
		d. Desarrollo de competencias del personal de salud en relación a la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS.		7. Capacitación personalizada de medidas de bioseguridad	2						1						1		Informe
				e. Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la normatividad y planes de trabajo en VPC de las IAAS.	8. Fortalecer, monitorear y evaluar trimestralmente el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS y ABL.	4	1			1			1				1		
		9. Elaborar la autoevaluación de acuerdo al documento técnico normativo vigente, en el cumplimiento satisfactorio en no menos del 80% de las metas señaladas en el Plan.	4		1			1			1					1			Informe
		f. Promover que el hospital disponga de infraestructura y equipamiento necesario para la vigilancia, prevención y control de las IAAS.	10. Solicitar la implementación con equipos de informática para vigilancia de IAAS.	1		1													Equipo
			g. Supervisión del abastecimiento adecuado y oportuno de materiales, insumos, material médico y otros, necesarios para la atención de salud con calidad.	11. Dotar con oportunidad y seguridad equipos: insumos y materiales a los servicios del hospital priorizando las áreas críticas para la prevención y control de las IAAS y ABL.	4	1			1			1					1		Lista de chequeo, informe





**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

LINEAMIENTO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META ANUAL	CRONOGRAMA												INSTRUMENTO DE MEDIDA	
					I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM				
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
L.2. IMPLEMENTACION DE PRACTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS BASADAS EN LA EVIDENCIA.	OE. 2. Fortalecer la gestión clínica basada en evidencia en la PC de las IAAS.	a. Socialización e implementación del uso de “Care Bundle” o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	1. Monitorizar lista de chequeo de “Care Blude” en áreas críticas	4			1			1			1			1	Informe	
		b. Fortalecimiento de la estrategia de «Cirugía limpia en una cirugía segura»	2. Garantizar la esterilidad del 100% de los lotes y materiales entregados por la central de esterilización a través del uso de indicadores de esterilización.	4			1			1			1			1	Informe	
		c. Fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en los establecimientos de salud “Una atención limpia es una atención segura”.	3. Capacitación al personal profesional y técnico de los servicios, la técnica del lavado de manos, asepsia y antisepsia de la piel del paciente, la inserción de catéter, aspiración de secreciones, ventilación mecánica, técnicas quirúrgicas y otras maniobras de riesgo.	350			80			90			80			100	Personal capacitado	
		4. Campaña de lavado de manos.	1						1									Informe
		d. Fortalecimiento de las prácticas de asepsia en todos los procedimientos médicos y quirúrgicos durante la prestación de salud.	5. Evaluar en el personal que labora en áreas críticas del hospital el cumplimiento de la práctica de lavado de manos, inserción y cuidado de catéter venoso central, periférico y catéter urinario, ventilador mecánico.	4			1			1			1			1	Informe	
		6. Monitoreo del cumplimiento de la normatividad técnica vigente relacionada a la VPC de las IAAS: Aislamiento Hospitalario, Limpieza y desinfección, Asepsia y Antisepsia, manejo de Residuos sólidos, Prevención y control de las IAAS, Guía Técnica para la evaluación interna de la VPC de las IAAS, entre otros.	4			1			1			1			1			Lista de chequeo





**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**



		7. Crear mecanismos de estímulos para los cumplimientos de las buenas prácticas de seguridad en los servicios del hospital.	1			1										Directiva Aprobada
		8. Difusión de los indicadores de IAAS en el personal de las áreas críticas.	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe
		9. Monitorear uso de las guías de práctica clínica y manuales de procedimientos de los servicios.	4			1			1			1			1	Informe
	e. Fortalecimiento de la notificación e intervención frente a accidentes o infecciones por exposición laboral.	10. Monitorear la notificación de accidentes punzo cortantes y salpicaduras o infecciones por exposición laboral.	4			1			1			1			1	Informe
	f. Prevención y control de Accidentes punzocortantes.	11. Difusión de medidas de prevención y control de accidentes punzocortantes y salpicaduras.	2							1					1	Informe
	g. Prevención y control de infecciones en trabajadores de salud por exposición laboral.	12. Difusión de medidas de prevención y control en trabajadores de salud por exposición laboral. (TBC)	4			1			1			1			1	Informe
	h. Priorización y aseguramiento del abastecimiento adecuado y oportuno de materiales, insumos, material médico, y otros, necesarios para la atención de salud con calidad.	13. Monitorear el abastecimiento oportuno de materiales, insumos, material médico, y otros, en los diferentes servicios.	4			1			1			1			1	Informe de Autoevaluación



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

LINEAMIENTO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META ANUAL	CRONOGRAMA												INSTRUMENTO DE MEDIDA
					I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM			
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
L.3. EFECTIVA Y OPORTUNA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, E INVESTIGACION Y CONTROL DE BROTES HOSPITALARIOS.	OE.3. Fortalecer el proceso de la vigilancia epidemiológica de las IAAS y control de brotes hospitalarios para la toma de decisiones.	a. Desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAS en los EESS.	1. Realizar la vigilancia de IAAS diaria en los diferentes servicios por la Enfermera Vigilante.	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe
			2. Evaluar el sistema de vigilancia con periodicidad trimestral, semestral y anual.	7			1			2			1			3	Informe
			3. Difundir en el personal de los servicios (áreas críticas) como es el proceso de la vigilancia activa y notificación oportuna de las IAAS y ABL.	4			1			1			1			1	Informe
		b. Disponibilidad oportuna de información sobre la incidencia y prevalencia de las IAAS para la toma de decisiones.	4. Realizar el estudio de prevalencia puntual de IAAS.	1											1		Informe
			5. Asistencia técnica a los servicios (áreas críticas) para el análisis de su información de la vigilancia de las IAAS, por la oficina de epidemiología.	4			1			1			1			1	Informe
		c. Investigación e intervención oportuna frente a brotes de IAAS.	6. Asistencia técnica a los servicios (áreas críticas) en metodología de la investigación de probables brotes IAAS, para su detección y control oportuno.	2						1						1	Informe



**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

LINEAMIENTO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META ANUAL	CRONOGRAMA												INSTRUMENTO DE MEDIDA			
					I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM						
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
L.5. USO ADECUADO Y SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS, ANTISEPTICOS, DESINFECTANTES Y MEZCLAS PARENTERALES.	O.E. 5. Promover el uso adecuado y seguro de los antimicrobianos, antisépticos, desinfectantes y producto de administración parenteral.	a. Uso racional de antimicrobianos, antisépticos.	1. Realizar el control de los antimicrobianos (ATM) de uso restringido y de reserva.	2							1							1	Informe	
		b. Adecuado almacenamiento y dispensación de antimicrobianos, antisépticos, y desinfectantes.	2. Monitorear el adecuado almacenamiento y dispensación de antimicrobianos antisépticos y desinfectantes.	4			1				1				1				1	Informe
			3. Promover las buenas prácticas de almacenamiento en la farmacia y almacén especializado de antimicrobianos, antisépticos y desinfectantes.	4				1						1				1	Informe	
		c. Implementación y monitoreo de buenas prácticas de prescripción, dispensación y administración de medicamentos.	4. Evaluación de la prescripción de medicamentos en relación al petitorio nacional de medicamentos (PNME).	2							1							1	Informe	
		d. Adecuada adquisición y uso de desinfectantes de superficies inertes e instrumental médico.	5. Monitoreo del proceso de adquisición y uso de desinfectante.	4							1				1				1	Informe
		e. Abastecimiento adecuado y oportuno de materiales, insumos, material médico, y otros, necesarios para la atención de salud con calidad.	6. Monitoreo el abastecimiento oportuno de materiales, insumos, material médico, y otros.	4							1				1				1	Informe





**DOCUMENTO TÉCNICO:
“PLAN ANUAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD”**

LINEAMIENTO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META ANUAL	CRONOGRAMA												INSTRUMENTO DE MEDIDA	
					I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM				
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
L.6. GESTION DEL RIESGO RELACIONADO CON EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS, AGUA Y ALIMENTOS, VECTORES Y ROEDORES.	O.E.6. Reducir los riesgos derivados del inadecuado manejo de los residuos sólidos, agua, alimentos, vectores y roedores.	a. Manejo adecuado de residuos comunes y peligrosos.	1.Elaborar el diagnostico situacional del sistema de gestión de los residuos sólidos hospitalarios, agua, vectores, alimentos.	1	1												Informe	
			2. Elaborar e implementar el Plan de Salud Ambiental (gestión de los residuos sólidos hospitalarios, agua, vectores, alimentos)	1	1													Plan Aprobado
			3. Controlar riesgos derivados del manejo de residuos sólidos hospitalarios.	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe
		b. Monitoreo del uso del agua y alimentos seguros.	4. Mantener el sistema de vigilancia, prevención y control de agua y alimentos.	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe
			c. Implementación y monitoreo del hospital libre de vectores y roedores.	5. Vigilancia y control de vectores y roedores.	4			1			1			1			1	Informe
				d. Disponibilidad suficiente y oportuna de materiales e insumos necesarios para el manejo de los residuos sólidos, agua, alimentos, vectores y roedores.	6. Abastecimiento de material necesario, suficiente y oportuno para manejos de RRSS, y control de agua, vectores y roedores.	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

