



## Resolución Directoral

Puente Piedra, 28 de Noviembre de 2018.

### VISTO:

El Expediente N° 10599 de fecha 19 de noviembre del 2018, que contiene la Nota Informativa N° 039-11-2018-OPE-HCLLH, mediante el cual la Jefa de la Oficina de Planeamiento estratégico remite el Memorando N° 574-11/2018-UESA-HCLLH/SA remitido por la Jefa Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, solicitando la aprobación mediante Resolución Directoral del Plan de la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias del HCLLH y el Informe Legal N° 116-2018-AL-HCLLH-MINSA.

### CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establecido en la Ley N° 26842-ley General de Salud, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842- Ley General de Salud, es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; así mismo el artículo IX indica que la norma de salud es de orden público y regula la materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas;

Que mediante Resolución Ministerial N° 179-2005/ MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 026- MINSA/OGE-V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias", cuyo objetivo es proporcionar información actualizada sobre la magnitud de estas infecciones y sus diversos factores y de esta manera orientar las acciones dirigidas

...//



...//

a la disminución de los daños que causan las mismas;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA se aprobó la guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y control de las Infecciones Intrahospitalarias, siendo su finalidad contribuir en el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) y en la reducción del impacto de estas en los usuarios y en los establecimientos hospitalarios del País;

Que, el literal 1.2 sobre la elaboración del plan de autoevaluación, del inciso i, sobre la preparación de la evaluación, del artículo VI, sobre consideraciones específicas, de la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias", establece que el plan debe considerar, el diagnóstico situacional, objetivos, cronograma de actividades y recursos necesarios, plan que debe ser aprobado por la Dirección del establecimiento y puesto a conocimiento de los servicios a ser evaluados;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, SE aprueba el documento Técnico "Lineamientos para la vigilancia Prevención y Control de Infecciones de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud" el mismo que tiene como finalidad contribuir a la disminución de las Infecciones asociadas a la Atención de la Salud (IASS), en los establecimientos de salud, a través de cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos;

Que, las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) son un problema actual y en constante evolución en todo el mundo bajo esta denominación se agrupa un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas cuyo denominador común es el haber sido adquiridas en un Centro de Salud;

Que, así mismo el citado Plan para la evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociada a la Atención en salud 2018 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz pretende fortalecer el proceso de mejora continua de calidad en los procesos de vigilancia, prevención u control de las infecciones intrahospitalarias disminuyendo la tasa de incidencia acumulada identificando los problemas y debilidades del sistema de VPC de las IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud), eliminando los factores condicionantes de las infecciones Intrahospitalarias;

Que, mediante Informe N° 085-11-2018-EP-OPE-HCLLH, el Coordinador del Equipo de Planeamiento Estratégico; sostiene que el Plan de la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención, control de las Infecciones Intrahospitalaria 2018 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, se ha elaborado de acuerdo a la estructura normada, recomendando su aprobación mediante Nota Informativa N° 039-11-2018-OPE-HCLLH, a través del acto resolutivo;

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por el Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Que, conforme a lo expuesto en Informe Legal N° 116 -2018-AL-HCLLH-MINSA, de fecha 26 de octubre del 2018, emitido por Asesoría Legal, opina que es pertinente aprobar el Plan de la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención, control de las Infecciones Intrahospitalaria 2018 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

...//





## Resolución Directoral

...//



En uso de las Facultades y Atribuciones conferidas por la Resolución Ministerial N° 007-2018/MINSA y Resolución Ministerial N° 463-2010 MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", y;

Con las visaciones de la Oficina de Administración, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental y Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

### SE RESUELVE:



**Artículo Primero.- APROBAR**, el Plan para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de salud 2018 del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, contenido en 23 folios y que forma parte integrante de la presente resolución.



**Artículo Segundo.- DISPONER**, que la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental es el responsable de llevar a cabo la implementación, difusión, ejecución, análisis y vigilancia del mencionado Plan.

**Artículo Tercero.- ENCARGAR**, a La Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, publicar la presente Resolución Directoral, en la página web del hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

JFRT/JMLC/HMHT/EPM  
C.c.

\*Oficina de Administración  
\*Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental  
\*Asesoría Legal  
\*Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz  
*J. Ruiz Torres*  
MC. Jorge Fernando Ruiz Torres  
CMP. 34237 - RNE. 27694  
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

# **PLAN PARA LA EVALUACION INTERNA DE LA VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD - 2018.**

## **I-INTRODUCCION.**

Las infecciones Intrahospitalarias constituyen un problema de salud pública, en razón de estar asociadas a un incremento de la morbilidad y mortalidad hospitalaria, además de causar una prolongación de la estancia y elevar los costos hospitalarios.

Por estas razones la auto evaluación es un proceso dinámico de recolección análisis y discusión de los problemas y debilidades evidenciadas en cada uno de los componentes del sistema de vigilancia, prevención y control de las IAAS; herramienta fundamental que sirve de base para impulsar mejoras continuas en los puntos débiles, incentivando a investigar, fortalecer acciones de prevención y control de las infecciones desde el nivel de la alta dirección hasta el nivel individual como personal de salud; todos debemos estar comprometidos en brindar una atención eliminando el riesgo de adquirir o transmitir una infección nosocomial.

Para la implementación del presente plan en el HCLLH se tendrá en cuenta la guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las IAAS aprobado con RM N° 523-2007/ MINSA. Simultáneamente se contara con la participación de los directivos, jefes de Departamentos, jefes de servicios, y todo el personal de salud involucrado en la atención de salud.

Co la ejecución del presente plan se buscara el cumplimiento, mejoramiento de las acciones de vigilancia, prevención y control de las IAAS PARA EL AÑO 2018.

## **II-ANTECEDENTES.**

El hospital Carlos Lanfranco la Hoz cuenta con 102 camas hospitalarias, desde el año 2005 viene realizando la vigilancia prevención y control de las infecciones intrahospitalarias, ahora denominados infecciones asociados a la atención de salud (IAAS), dichas acciones y funciones, son compartidas con cada uno de los componentes de comité de las IAAS, por ello la vigilancia de las infecciones es constante, selectiva y focalizada, se encarga de hacer la captación investigación y seguimiento de los casos de infección, en base a la normativa vigente, Norma técnica N°026/MINSA; mientras que las acciones de prevención y control actividades que involucran a todo el equipo de salud y en todas la unidades donde se brinda servicios asistenciales, según Norma técnica de prevención y control de las IAAS aprobado con RM N° 753-2004/MINSA.

## **III-BASE LEGAL.**

- Ley general de salud Del 09/ 07/97.
- Ley N°26842 ley del MINSA del 29/01/2002.
- RM N° 523-2007/MINSA, guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones Intrahospitalarias.
- NT N° 026-MINSA/OGE V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las IIH", aprobada con Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA del 08 de marzo del 2005.



- Resolución Ministerial N° 452-2003 – SA/DM Manual de Aislamiento Hospitalario- MINSA
- NT 020-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias aprobada con Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, del 26 de julio del 2004.
- Directiva Administrativa N° 143-MINSA/OGGRH-V.01 Normas y Procedimientos de Seguridad y Salud Ocupacional aprobada con Resolución Ministerial N° 763-2008/MINSA, del 23 de octubre del 2008.

#### IV-RESULTADOS DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS 2017.

De enero a diciembre del 2017 se han reportado 26 casos de infecciones asociados a la atención de la salud. El 65.4 % (17 casos) se presentaron en el servicio de Hospitalización de Ginecología, el 19.2 % (5 casos) en el servicio de Obstetricia, el 7.7% (2 casos) en la Unidad de Cuidados Intensivos; asimismo el 7.7% (2 casos) en el Servicios de Neonatología; en otros servicios como Medicina y Cirugía no se presentaron casos.

En la evaluación anual del año 2013-2017 de las T.D.I.A, se observa que la Tasa de Incidencia (T.I.A) más alta se dio en el servicio de Ginecología, con 1.22 por 100 días de exposición lo que representa a los 17 casos de infección de herida operatorio post parto cesárea, en comparación con el año anterior éstos se han incrementado. **En segundo** lugar la T.I.A, corresponde al servicio de obstetricia con 0.29 por 100 días de exposición a lo que representa a 4 casos de endometritis post parto por cesárea añadiendo en el mismo servicio una T.I.A de 0.05 por 100 días de exposición a lo que representa a 1 caso de endometritis post parto vaginal, en comparación con el año anterior se aumentaron los casos de endometritis por parto cesárea. **En tercer** lugar se encuentra la neumonía asociada a VM en UCI general con una T.D.I.A de 4.91 por 1000 días de exposición al VM el cual representa 2 casos; en comparación del año anterior (2016) el número de casos ha disminuido. **En cuarto** lugar se encuentra el servicio de Neonatología por presentar 2 casos de flebitis asociada al CVP con una T.D.I.A de 13.99 por 1000 días de exposición en el neonato menor de 1500 gr, en comparación con los años anteriores se logró disminuir los casos. Cabe resaltar que las T.D.I.A es una razón, que se realiza en función a los casos de infección sobre los días de exposición al dispositivo invasivo, muy independientemente de la población total; es por eso que, en algunos casos se encuentran muy elevados. En comparación con los promedios establecidos por el MINSA con Hospitales de la misma categoría nos encontramos por encima de los promedios establecidos, por lo que se debe tener en cuenta todas las medidas preventivas para disminuir las tasas.



#### V-OBJETIVO GENERAL.

Evaluar y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de las infecciones orientados a la mejora continua de los procesos de atención de salud, contribuyendo a la disminución de las tasas incidencias.

## VI-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Evaluar el cumplimiento de las actividades de vigilancia, prevención y control de las infecciones, en función a la Guía técnica para la evaluación interna de la VPC de las IAAS.
- Aplicar los criterios, la metodología, procedimiento y los instrumentos necesarios para la autoevaluación o evaluación interna de las infecciones Intrahospitalarias.
- Fortalecer el proceso de mejora continua de calidad en los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones Intrahospitalarias disminuyendo las tasa de incidencia acumulada.
- Identificar los problemas y debilidades del sistema de VPC de las IAAS, eliminando los factores condicionantes de las infecciones Intrahospitalarias.

## VII- RECURSOS NECESARIOS:

### 7.1 RECURSOS HUMANOS.

**Miembros del comité de infecciones:** Con la participación directa o indirecta de los miembros o quien haga a su vez de representante.

**Equipo de evaluación interna:** De quienes están a su cargo de forma directa, la implementación, ejecución y la evaluación del presente plan, y están conformados por los siguientes miembros.

- Representante de la Dirección del Hospital
- El presidente del comité de IIH del Hospital
- Responsable de la vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias
- Representante del área de Epidemiología
- Representante de Salud Ambiental
- Representante de Salud Ocupacional
- Representante del servicio/ Área/ Unidad a evaluar
- Responsable de Informática

### 7.2-RECURSOS MATERIALES

| Cantidad | Unidad de medida | Costo Unitario | Costo total | Descripción                            |
|----------|------------------|----------------|-------------|----------------------------------------|
| 01       | Unidades         | 245.00         | 245.00      | Tóner para Impresora HP Láser Jet 1022 |
| 03       | millares         | 20.00          | 60.00       | Hojas Bond tamaño A-4 75 gr.           |
| 12       | unidades         | 0.50           | 6.00        | lapiceros azules                       |
| 12       | unidades         | 0.50           | 6.00        | lapiceros rojos                        |
| 12       | unidades         | 0.50           | 6.00        | lápices 2B                             |
| 12       | unidades         | 0.50           | 6.00        | Borradores de lápiz ( blanco)          |
| 50       | unidades         | 0.50           | 25.00       | fólderes manila A-4                    |
| 02       | cajas            | 1.84           | 3.68        | grapas                                 |
| 12       | unidades         | 4.00           | 48.00       | resaltadores                           |



|             |          |       |           |                                     |
|-------------|----------|-------|-----------|-------------------------------------|
| 01          | unidades | 23.22 | 23.22     | Engrapador                          |
| 12          | unidades | 5.00  | 60.00     | correctores líquidos                |
| 3           | unidades | 3.94  | 11.82     | Archivadores                        |
| 01          | unidad   | 7.00  | 7.00      | frasco de goma                      |
| 80          | unidades | 1.00  | 80.00     | Micas tamaño A4                     |
| 6           | unidades | 6.71  | 40.26     | Tableros acrílicos                  |
| 02          | unidad   | 4.43  | 8.86      | vinifan oficio                      |
| 04          | unidades | 4.00  | 16.00     | Cinta masking-tape                  |
| 06          | unidades | 0.90  | 5.40      | Plumones acrílicos para pizarra     |
| 25          | unidades | 1.00  | 25.00     | Sobres manila                       |
| 03          | unidades | 25.00 | 75.00     | Memorias de almacenamiento USB 8 GB |
| 01          | Unidades | 12.00 | 12.00     | Cuadernos A4 para Libro de actas    |
| 08          | Unidades | 10.00 | 80.00     | Refrigerios y almuerzos             |
| Costo total |          |       | s/ 850.24 |                                     |

#### VIII-RECURSOS FINANCIEROS.

**Suma total = S/ 850.24**

#### IX-INTERVENCIONES DEL EQUIPO EVALUADOR DE LA VPC DE IHH.

Se realizara de forma trimestral de acuerdo al plan anual de las actividades.

#### X-SUPERVISION Y MONITOREO.

Se realizara de acuerdo al cronograma con formatos fichas por servicios que se adjuntan como anexos, estará a cargo del equipo evaluador de la VCP de las infecciones para monitorizar el cumplimiento de las disposiciones que emanan de la guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones Intrahospitalarias. RM N° 523 2007/MINSA, así mismo el cumplimiento e implementación y mejora continua es responsabilidad de todos en el HCLLH, desde la autoridad máxima, el Director general del hospital, Jefes de Departamentos, Jefes de diferentes servicios.

#### XI-TECNICA, INSTRUMENTOS Y METODOLOGIA DE LA EVALUACION.

El equipo evaluador establece los instrumentos a emplear durante el proceso de evaluación, tales como:

**A.-FICHAS DE AUTOEVALUACIÓN:** los servicios/áreas a evaluar son:

- ✓ Comité de Vigilancia, prevención y control de las IAAS
- ✓ Unidad de Epidemiología hospitalaria
- ✓ Área de salud Ambiental
- ✓ Centro Obstétrico
- ✓ Centro Quirúrgico



- ✓ DAN
- ✓ Laboratorio de Microbiología
- ✓ Farmacia
- ✓ Central de Esterilización
- ✓ Hospitalización (cirugía, Medicina, pediatría, neonatología, medicina, Gineco-Obstetricia)
- ✓ Unidades de Cuidados Intensivos

**El formato de las Fichas consta de cinco columnas, que contienen las siguientes variables:**

#### **Criterios a evaluar**

Se han considerado 3 criterios de evaluación según la Guía técnica para la evaluación interna del comité de CVPC.

##### ➤ **Estructura**

(Recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, normas)

##### ➤ **Proceso**

(Criterios de cumplimiento de las normas de vigilancia prevención y control y otros afines)

##### ➤ **Resultados**

(Conjunto de indicadores trazadores de las intervenciones en el campo de la Vigilancia Prevención y Control de las IAAS), con la finalidad de garantizar desde el servicio/área, el menor riesgo de contraer IAAS).

**Documentos Técnicos:** Normas, Manual de Procedimientos, Protocolos, Listas de Chequeo según corresponda, otros que se consideren necesarios.

#### **B.- Técnicas para la Auto evaluación**

En la aplicación de la presente Guía se tendrán en cuenta las siguientes técnicas:

• **Observación directa:** En la Auto evaluación este método permite recoger la información relacionada con el manejo estandarizado de los procedimientos, disponibilidad de recursos y otras, para las cuales la observación directa es apropiada.

• **Revisión documentaria:** Permite recabar información de registros existentes en los servicios y otras instancias, tales como: Informes, reportes estadísticos, Libro de actas, historias clínicas, registros de atención, registros de seguimiento, etc.

• **Entrevistas:** Es la comunicación establecida entre el personal de los servicios/áreas, objeto de la evaluación u otros que se consideren de importancia, con los miembros del equipo a cargo de la auto evaluación. Tiene por finalidad obtener información directa, con relación a necesidades, prioridades, nudos críticos y posibles soluciones.

#### **C.- Recolección de información**

Se debe identificar y contar con información de importancia para el proceso como:



- Información general del servicio/área a evaluar: organización, recursos humanos, indicadores de producción y calidad.
- Informes de evaluaciones anteriores.
- Informes o documentos sobre problemas identificados en lo relacionado a las IAAS.

#### Otros

La información antes mencionada debe ser analizada por el Equipo, permitiendo la identificación de los problemas relacionados a las **IAAS** de los servicios a evaluar. Esta fase debe tener como producto concreto, una lista de problemas en lo relacionado a la vigilancia, prevención y control de las **IAAS** identificados como retos para el cambio u oportunidades de mejora.

## XII-ACTIVIDADES.

- Elaborar el plan de la Evaluación de la VPC de las infecciones Intrahospitalarias.
- Solicitar la aprobación del plan por la Dirección del Hospital.
- Difusión del plan a todas las áreas del HCLLH en coordinación con la oficina de comunicaciones.
- Autoevaluación y evaluación por servicios y departamentos.
- Analizar la información obtenida de la evaluación interna.
- Emitir mediante un informe acerca de los resultados obtenidos de la evaluación.

## XIII-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.



| Evaluación | I trimestre          | II trimestre         | III trimestre        | IV Trimestre                     |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|
| Fechas     | NO SE REALIZÓ        | NO SE REALIZÓ        | NO SE REALIZÓ        | 14, 15, 16 de Noviembre del 2018 |
| Horario    | 8: 00 a 16:00 Horas. | 8: 00 a 16:00 Horas. | 8: 00 a 16:00 Horas. | 8: 00 a 16:00 Horas.             |

| Mes                                                        | Noviembre |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|-----------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Actividades X días                                         | 2         | 5 | 6 | 7 | 9 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conformación del equipo de evaluación                      |           | x |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Difusión del Plan de Trabajo                               |           | x |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con el comité IIH                             |           |   | x |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Socialización de la metodología de trabajo                 |           |   | x |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Coordinación con los servicios participantes en el estudio |           |   |   | x | x | x  | x  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Recolección de la información                              |           |   |   |   |   |    |    | x  | x  | x  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Control de calidad de la información                       |           |   |   |   |   |    |    |    |    |    | x  | x  |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ingreso de la información                                  |           |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    | x  | x  |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Análisis e interpretación de información                   |           |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | x  | x  |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Redacción de Informe Preliminar                            |           |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    | x  | x  |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presentación y Discusión de Resultados                     |           |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | x  |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboración del Informe Final                              |           |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | x  |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Publicación y Difusión                                     |           |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | x  |    |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Plan elaborado por: Responsable de IAAS y Equipo de Epidemiología - Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental HCLL



# **ANEXOS: FICHAS DE AUTOEVALUACIÓN POR SERVICIOS/UNIDADES**



**COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

| N°                | CRITERIO                                                                                                                                                                       |           | PUNTAJE   | %          | OBSERVACIONES                                                                              |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESTRUCTURA</b> |                                                                                                                                                                                |           |           |            |                                                                                            |
| 1                 | El Comité tienen Resolución Directoral actualizada                                                                                                                             | E         | 1         |            | RD N°236-07/2015                                                                           |
| 2                 | Cuenta con un Plan Anual, aprobada por Resolución Directoral                                                                                                                   | E         | 1         |            | R.D N°152-05/2015                                                                          |
| 3                 | Los objetivos del Plan están incorporados en el PO Institucional                                                                                                               | E         | 1         |            | Vigilancia control epidemiológico y control sanitario POI 2015                             |
| 4                 | Dispone de la normatividad referida a Vigilancia, Prevención y Control de IIH (Anexo N° 01)                                                                                    | E         | 1         |            | R.M.758-2004/MINSA                                                                         |
| 5                 | EL CIIH está presidido por el Director del Hospital o su representante                                                                                                         | E         | 1         |            | Director es presidente con R.D.                                                            |
| 6                 | El CIIH está compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas                                                                                | E         | 1         |            | Total integrantes 18                                                                       |
| 7                 | Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo                                                                                              | E         | 0         |            | Comparte equipo con unidad Epidemiología                                                   |
| 8                 | Miembros del CIIH reciben capacitación en IIH                                                                                                                                  | E         | 1         |            | Memo 567/11/2015                                                                           |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                                                                                                | <b>8</b>  | <b>7</b>  | <b>88%</b> |                                                                                            |
| <b>PROCESO</b>    |                                                                                                                                                                                |           |           |            |                                                                                            |
| 9                 | El CIIH determina los daños y servicios que serán vigilados                                                                                                                    | P         | 1         |            | R.D de Plan de Vigilancia Epidemiológica N°85-03/2015                                      |
| 10                | Registra reuniones en libro de actas, con control de acuerdos                                                                                                                  | P         | 1         |            | Acta 28/10/2015, folio 155-156                                                             |
| 11                | Analiza resultados de la VPC IIH y ABL y propone acciones correctivas                                                                                                          | P         | 1         |            | Memo 017-11/2015-JAE                                                                       |
| 12                | Analiza y difunde el mapa microbiológico a servicios asistenciales                                                                                                             | P         | 0         |            | Informe en tramite 2015                                                                    |
| 13                | Propone con la Oficina de Calidad la implementación de Planes de Mejora según problemas priorizados.                                                                           | P         | 1         |            | Informe de rondas de seguridad Medida implementadas en servicio de Gineco Obstetricia.     |
| 14                | Analiza informes de manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios y propone intervenciones.                                                                                         | P         | 1         |            | Informe 18-10/2015-HCLLH-UESA/SA                                                           |
| 15                | Analiza informes sobre calidad de agua y propone intervenciones.                                                                                                               | P         | 1         |            | Memo 0555-11/2015/UESA                                                                     |
| 16                | Evalúa y propone actividades oportunas de PC en caso de brotes e hiperendemia.                                                                                                 | P         | 1         |            | Memo 213-05/2015<br>Informe final brote febrero                                            |
| 17                | Evalúa resultados de acciones de VPC IIH y los avances del Plan                                                                                                                | P         | 1         |            | Memo 017-11/2015                                                                           |
| 18                | Con el Comité Farmacológico implementa estrategias para Uso Racional de ATM.                                                                                                   | P         | 0         |            | Conformado comité farmacoterapéutico R.D 200/06-2015                                       |
| 19                | Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional.                                                                                                        | P         | 1         |            | Memo 551-10/2015<br>Levantamiento observacion MINSA                                        |
| 20                | Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros insumos para la VPC de las IIH y ABL.                                                             | P         | 1         |            | Adquisición 2014 papel toalla                                                              |
| 21                | Informa trimestralmente a la Dirección de los resultados, logros y dificultades.                                                                                               | P         | 1         |            | Memo 017-11/2015, informe trimestral del CVPC IIAS                                         |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                                                                                                | <b>13</b> | <b>11</b> | <b>85%</b> |                                                                                            |
| <b>RESULTADOS</b> |                                                                                                                                                                                |           |           |            |                                                                                            |
| 22                | Cumplimiento de las metas señaladas en el Plan en no menos del 80%                                                                                                             | R         | 1         |            | El avance es del 73 % (setiembre)                                                          |
| 23                | Reducción no menor del 20% de la incidencia por tipo de IIH de acuerdo a la línea basal y estándares.                                                                          | R         | 1         |            | Comparando III y I trimestre en los tipos de infecciones Neumonías y IHO, se redujo un 24% |
| 24                | El 90% del personal por lo menos cumple con el lavado de manos en áreas críticas.                                                                                              | R         | 0         |            | 50% cumple en lavado de manos correcto                                                     |
| 25                | Incremento en un 50% del cumplimiento de medidas de prevención en procedimientos de riesgo (tacto vaginal, rasurado pre-quirúrgico, uso de catéteres y antibiótico profilaxis) | R         | 0         |            | Solicitar informe a Dpto servicios de T.V y rasurado y Antibiotico profilaxis.             |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                                                                                                | <b>4</b>  | <b>2</b>  | <b>50%</b> |                                                                                            |
| <b>TOTAL</b>      |                                                                                                                                                                                | <b>25</b> | <b>20</b> | <b>80%</b> |                                                                                            |



| UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA          |                                                                                                    |    |         |      |                                                           |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|------|-----------------------------------------------------------|
| N°                                            | CRITERIO                                                                                           |    | PUNTAJE | %    | OBSERVACIONES                                             |
| VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE BROTES |                                                                                                    |    |         |      |                                                           |
| ESTRUCTURA                                    |                                                                                                    |    |         |      |                                                           |
| 1                                             | Cuenta con la Oficina/Unidad de Epidemiología                                                      | E  | 1       |      | Memo 223-338,211,171,170,164-2015                         |
| 2                                             | Cuenta con equipo de cómputo, correo electrónico e impresora                                       | E  | 1       |      | No tiene correo electrónico institucional                 |
| 3                                             | Cuenta con documentos técnicos de VPC IIH (Anexo N° 01)                                            | E  | 1       |      | RD N° 230-07/2013, incluye a los jefes de servicio        |
| 4                                             | Cuenta con profesionales necesarios y con funciones definidas                                      | E  | 1       |      | Si cuenta con profesionales para la vigilancia            |
| 5                                             | Cuenta con enfermera para la VPC IIH                                                               | E  | 1       |      | Si cuenta con un responsable para la vigilancia IIAS      |
| 6                                             | En las acciones de VPC incorpora personal de los servicios                                         | E  | 1       |      | RD N° 230-07/2013, incluye a los jefes de servicio        |
| SUB TOTAL                                     |                                                                                                    | 6  | 6       | 100% |                                                           |
| PROCESO                                       |                                                                                                    |    |         |      |                                                           |
| 7                                             | Investiga brotes e hiperendemias, comunica resultados a la Dirección, al CIH y al nivel intermedio | P  | 1       |      | Informe memo 518-10/2015 y Reporte ON-LINE                |
| 8                                             | Vigila diaria y activamente las IIH en los servicios seleccionados                                 | P  | 1       |      |                                                           |
| 9                                             | Revisa los resultados microbiológicos positivos, de servicios seleccionados.                       | P  | 1       |      | Formato diario de vigilancia de las infecciones           |
| 10                                            | Vigila y reporta los ABL.                                                                          | P  | 1       |      | Memo N° 77-11/2015                                        |
| 11                                            | Conduce los estudios de prevalencia de IIH y otros relacionados.                                   | P  | 1       |      |                                                           |
| 12                                            | Participa en la Vigilancia de URATM.                                                               | P  | 0       |      | Esta en proceso                                           |
| 13                                            | El epidemiólogo supervisa la Vigilancia activa de la enfermera                                     | P  | 1       |      | Si, mediante la evaluación Interna.                       |
| 14                                            | Capacita en VPC IIH y ABL en los servicios                                                         | P  | 1       |      |                                                           |
| 15                                            | Informa a nivel intermedio resultados de la vigilancia y otros afines                              | P  | 1       |      |                                                           |
| 16                                            | Informa al CIH y a la Dirección las incidencias de IIH y ABL.                                      | P  | 1       |      | Memo N° 140-04/2015 UESA Estudio presencia                |
| 17                                            | Elabora tendencias de las incidencias de las IIH vigiladas.                                        | P  | 1       |      | Memo circular N°94-088-08/15                              |
| 18                                            | Analiza e informa sobre el comportamiento de la vigilancia de IIH.                                 | P  | 1       |      | Informe trimestral CPC IIH                                |
| 19                                            | Identifica y analiza con Salud Ocupacional, riesgos laborales y propicia control de los mismos.    | P  | 1       |      | Informe III trimestre 2015<br>incluye Accidente Laborales |
| SUB TOTAL                                     |                                                                                                    | 13 | 12      | 92%  |                                                           |
| RESULTADOS                                    |                                                                                                    |    |         |      |                                                           |
| 20                                            | Cumple las metas señaladas para la Vigilancia de las IIH y ABL en el Plan en no menos del 80%      | R  | 1       |      | Memo N° J15-10/2015-UESA<br>Metas físicas III trimestre   |
| SUB TOTAL                                     |                                                                                                    | 1  | 1       | 100% |                                                           |
| SUB TOTAL VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA           |                                                                                                    | 20 | 19      | 95%  |                                                           |



| SALUD AMBIENTAL                  |                                                                                                           |           |           |                                                        |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------------------------------|
| <b>ESTRUCTURA</b>                |                                                                                                           |           |           |                                                        |
| 21                               | Cuenta con Plan de Manejo de RSH.                                                                         | E         | 1         | R.D N°038-02/2015-HCLLH/SA                             |
| 22                               | Cuenta con los insumos necesarios para cumplir sus funciones.                                             | E         | 1         |                                                        |
| 23                               | Cuenta con los equipos para el acopio y transporte intermedio de los RSH.                                 | E         | 0         | Falta coche para transporte interno                    |
| 24                               | Dispone del personal capacitado de acuerdo a funciones.                                                   | E         | 1         | Biólogo capacitado con 4 años de experiencia           |
| <b>SUB TOTAL</b>                 |                                                                                                           | <b>4</b>  | <b>3</b>  | <b>75%</b>                                             |
| <b>PROCESO</b>                   |                                                                                                           |           |           |                                                        |
| 25                               | Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en RSH.                                         | P         | 1         | Informe 001-01/2015, con lista de verificación.        |
| 26                               | Controla puntos críticos de agua en: C. Quirúrgico, C. Obstétrico, Central de Esterilización, UCI, otros. | P         | 1         | Informe 014/2015                                       |
| 27                               | Realiza limpieza y desinfección de reservorios de agua.                                                   | P         | 0         | No se aplica pendiente tercerización del servicio      |
| 28                               | Vigila y controla el manejo sanitario de los alimentos según normatividad vigente.                        | P         | 1         | Informe de monitoreo del III trimestre del 01/10/2015  |
| 29                               | Realiza el control de vectores de acuerdo a la Norma.                                                     | P         | 1         | Oficio 2065-10/2015, vigilancia de Aedes III trimestre |
| 30                               | Con Farmacia, supervisa manejo adecuado de productos limpiadores y desinfectantes de uso general.         | P         | 1         | Libro de actas del comité de Infecciones folio 150     |
| <b>SUB TOTAL</b>                 |                                                                                                           | <b>6</b>  | <b>5</b>  | <b>83%</b>                                             |
| <b>RESULTADOS</b>                |                                                                                                           |           |           |                                                        |
| 31                               | Cumple por lo menos el 80% de las metas señaladas en el Plan de Actividades.                              | R         | 1         | Memo 515/140/2015, el 87% de mejoras                   |
| <b>SUB TOTAL</b>                 |                                                                                                           | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>100%</b>                                            |
| <b>SUB TOTAL SALUD AMBIENTAL</b> |                                                                                                           | <b>11</b> | <b>9</b>  | <b>82%</b>                                             |
| <b>TOTAL</b>                     |                                                                                                           | <b>31</b> | <b>28</b> | <b>90%</b>                                             |



## MICROBIOLOGIA

| N°                | CRITERIO                                                                                                                                                 | PUNTAJE   | %         | OBSERVACIONES                                                     |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>ESTRUCTURA</b> |                                                                                                                                                          |           |           |                                                                   |
| 1                 | Cumple con los criterios de infraestructura, según norma                                                                                                 | E 0       |           | Informe N° 01 (17/04/2015)                                        |
| 2                 | Cuenta con equipos necesarios para el diagnóstico y antibiograma                                                                                         | E 0       |           | Falta el peachímetro                                              |
| 3                 | Dispone de insumos mínimos necesarios para el diagnóstico y antibiograma                                                                                 | E 1       |           | Falta pero por algunas temporadas.                                |
| 4                 | Cuenta con insumos de protección del personal en cantidad suficiente                                                                                     | E 1       |           | Pero el personal no lo utiliza adecuadamente.                     |
| 5                 | Cuenta con instrumentos para controlar temperaturas                                                                                                      | E 1       |           |                                                                   |
| 6                 | Cuenta con manuales de procedimientos                                                                                                                    | E 1       |           | R.D. 352-12/2014-HCLLH/SA (31/12/2014),                           |
| 7                 | Formato de solicitud de exámenes de laboratorio para hospitalización, con la información necesaria para la ayuda al diagnóstico                          | E 1       |           |                                                                   |
| 8                 | Cuenta con formato estandarizado de informe de resultados con firma y sello de profesional calificado                                                    | E 1       |           |                                                                   |
| 9                 | Dispone de stock temporal para cepas posibles IIH con fines de verificación                                                                              | E 1       |           | Oficio N° 2013-HCLLH/SA ENVIO DE Cepas resistente.                |
| 10                | Cuenta con todas las cepas referenciales ATCC necesarias y viables                                                                                       | E 0       |           | En raras ocasiones adquiridos de manera particular.               |
| 11                | Cuenta con recursos humanos necesarios.                                                                                                                  | E 0       |           |                                                                   |
| 12                | El personal esta capacitado de acuerdo a sus funciones.                                                                                                  | E 1       |           | Cuaderno de Actas folios N° 176, 160, 177.                        |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                                                                          | <b>12</b> | <b>8</b>  | <b>67%</b>                                                        |
| <b>PROCESO</b>    |                                                                                                                                                          |           |           |                                                                   |
| 13                | Almacena los insumos adecuadamente                                                                                                                       | P 1       |           |                                                                   |
| 14                | Realiza pruebas de diagnóstico de acuerdo al nivel de complejidad                                                                                        | P 1       |           | Cuadernos de registros, de los resultados de cultivos y otros     |
| 15                | Utiliza sangre de carnero en casos necesarios                                                                                                            | P 0       |           | Se realizó el requejamiento pero no se compraron                  |
| 16                | Realiza pruebas adicionales de resistencia, BLEE, MRSA, MLS y VRE                                                                                        | P 1       |           | cuadernos de registros                                            |
| 17                | Emite oportunamente los resultados de acuerdo al tipo de muestra y análisis                                                                              | P 1       |           | MAPRO                                                             |
| 18                | Informa resultados de sensibilidad antimicrobiana al CIIH, según muestras, microorganismos y servicios                                                   | P 0       |           | Falta personal                                                    |
| 19                | Utiliza software actualizado de VR ATM                                                                                                                   | P 0       |           |                                                                   |
| 20                | Realiza control de calidad de insumos de las pruebas para diagnóstico microbiológico                                                                     | P 1       |           | Realiza medios de control OGAWA y tinción Gram                    |
| 21                | Controla los medios y discos de sensibilidad antimicrobiana                                                                                              | P 1       |           |                                                                   |
| 22                | Cumple con las normas de bioseguridad dispuestas en el laboratorio                                                                                       | P 1       |           | Infraestructura inadecuada.                                       |
| 23                | Controla y registra la temperatura de estufas, refrigeradora y congeladora                                                                               | P 1       |           | Oficio 2139-2014-DG-DLSP-DISA II Lima Sur.                        |
| 24                | Participa del Programa de Evaluación Externa (PEED) del Laboratorio de Referencia                                                                        | P 1       |           | Oficio 3074-2014-DG-DL-DISA II LS                                 |
| 25                | Coordina con servicios para optimizar desempeño en calidad de muestras. Llenado de órdenes e interpretación de los resultados.                           | P 1       |           | Mediante informe de socializar.                                   |
| 26                | No informa de rutina la sensibilidad a los antibióticos de uso restringido por el CIIH y Comité Farmacológico                                            | P 0       |           | No cuenta con mapa microbiológico actualizado.                    |
| 27                | Estudia los brotes de IIH con orientación epidemiológica y envía cepas al Laboratorio de Referencia.                                                     | P 1       |           |                                                                   |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                                                                          | <b>15</b> | <b>11</b> | <b>73%</b>                                                        |
| <b>RESULTADOS</b> |                                                                                                                                                          |           |           |                                                                   |
| 28                | Los resultados del Programa de Evaluación Externa (PEED), son satisfactorios de acuerdo al nivel de complejidad del hospital                             | R 1       |           | Resultados son compatibles con el Laboratorio referencial         |
| 29                | La positividad de los hemocultivos convencionales debe ser >= 10% y en los automatizados de >= 20%. La contaminación debe ser <= 3 a 5% respectivamente. | R 1       |           | LA positividad de los hemocultivos convencionales es mayor al 20% |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                                                                          | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>100%</b>                                                       |
| <b>TOTAL</b>      |                                                                                                                                                          | <b>29</b> | <b>21</b> | <b>72%</b>                                                        |



# FARMACIA

| N°         | CRITERIO                                                                                                                                                    | PUNTAJE |    | %   | OBSERVACIONES                                                                    |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------|
| ESTRUCTURA |                                                                                                                                                             |         |    |     |                                                                                  |
| 1          | Farmacia y los almacenes especializados de medicamentos y otros productos farmacéuticos cumplen con las buenas prácticas de almacenamiento (BPA).           | E       | 1  |     | Manual de Buenas Prácticas de almacenamiento<br>R.D. 132/2015-MINSA (02/03/2015) |
| 2          | Cuenta con los ATM identificados como necesarios para el hospital.                                                                                          | E       | 1  |     | Informe N°00206-SFDU-HCLLH-2015/SA                                               |
| 3          | Los ATM no considerados en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales (PNME) vigente disponibles en farmacia, son aprobadas por Comité Farmacológico. | E       | 0  |     | Por la complejidad del establecimiento no hay forma de adquirir ATM .            |
| 4          | Dispone de antisépticos y diluciones según especificaciones del CIH y documentos técnicos farmacéuticos normativos.                                         | E       | 1  |     | Se ha coordinado con el área de Farmacotécnica                                   |
| 5          | Dispone de hojas amarillas para notificación de Reacción adversa a medicamentos relacionados con el uso de ATM.                                             | E       | 1  |     | Memo Circ. 003-FCL-HCLLH (30/01/2015)                                            |
| 6          | Dispone de documentos normativos actualizados.                                                                                                              | E       | 1  |     | R.D. 028-05/HCLLH                                                                |
| 7          | Cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados.                                                                                                       | E       | 1  |     | Cuadernos de Actas, en distintos temas pero en reuniones técnicas.               |
| 8          | Responsable de almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.                                                                   | E       | 0  |     |                                                                                  |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                             | 8       | 6  | 75% |                                                                                  |
| PROCESO    |                                                                                                                                                             |         |    |     |                                                                                  |
| 9          | Supervisa y controla los medicamentos e insumos de su responsabilidad de uso en los servicios del hospital.                                                 | P       | 0  |     | No hay informes                                                                  |
| 10         | Controla la dispensación de antibióticos de uso restringido (ATMR).                                                                                         | P       | 1  |     | Informe 0075-SFDA-HCLLH (15/03/2015)                                             |
| 11         | Controla los antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.                                                                                       | P       | 1  |     |                                                                                  |
| 12         | Responsable de la preparación de diluciones de los antisépticos y desinfectantes.                                                                           | P       | 1  |     | Memorandum N°274-10-2014-JDF-HCLLH                                               |
| 13         | Responsable del expendio de antisépticos y desinfectantes.                                                                                                  | P       | 1  |     | Memorandum N°274-10-2014-JDF-HCLLH                                               |
| 14         | Realiza capacitaciones a nivel local.                                                                                                                       | P       | 1  |     | Cuaderno de actas                                                                |
| 15         | Desarrolla estudios de utilización de ATM, antisépticos y desinfectantes.                                                                                   | P       | 0  |     |                                                                                  |
| 16         | Responsable de elaboración de las fórmulas estériles: NPT, mezclas intravenosas y otras.                                                                    | P       | NA |     | no se realiza                                                                    |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                             | 7       | 5  | 71% |                                                                                  |
| RESULTADOS |                                                                                                                                                             |         |    |     |                                                                                  |
| 17         | Cumple metas programadas para Farmacia en VPC IHH en no menos del 80%.                                                                                      | R       | 0  |     | No se ha realizado la evaluación del Plan.                                       |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                             | 1       | 0  | 0%  |                                                                                  |
| TOTAL      |                                                                                                                                                             | 16      | 11 | 69% |                                                                                  |



## CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL

| N°                                         | CRITERIO                                                                                                 |           | PUNTAJE   | %          | OBSERVACIONES                                                      |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>           |                                                                                                          |           |           |            |                                                                    |
| <b>ESTRUCTURA</b>                          |                                                                                                          |           |           |            |                                                                    |
| 1                                          | Cumple con criterios de infraestructura, según norma                                                     | E         | 0         |            | Área verde no está ubicado según Norma                             |
| 2                                          | Dispone de equipos e insumos de limpieza y descontaminación recomendados.                                | E         | 0         |            | faltan mandiles y mandilones.                                      |
| 3                                          | Cuenta con equipos e insumos de secado recomendados.                                                     | E         | 0         |            | Falta instalar el aire comprimido, no se cuenta con secadora       |
| 4                                          | Cuenta con los empaques recomendados.                                                                    | E         | 1         |            |                                                                    |
| 5                                          | Dispone de equipos esterilizadores operativos y validados.                                               | E         | 1         |            |                                                                    |
| 6                                          | Cuenta con controles físicos, químicos y biológicos necesarios y normados.                               | E         | 0         |            | Falta control Químico y Biológico del Autoclave y Desterra         |
| 7                                          | Cuenta con un programa efectivo de mantenimiento de equipos.                                             | E         | 0         |            | Solo el equipo de Esterra cuenta con plan de mantenimiento.        |
| 8                                          | Cuenta con personal capacitado para realizar las funciones.                                              | E         | 1         |            |                                                                    |
| <b>SUB TOTAL</b>                           |                                                                                                          | <b>8</b>  | <b>3</b>  | <b>38%</b> |                                                                    |
| <b>PROCESO</b>                             |                                                                                                          |           |           |            |                                                                    |
| 9                                          | La jefatura de CE conduce, controla, supervisa y registra todas las etapas del proceso                   | P         | 1         |            |                                                                    |
| 10                                         | Participa activamente en las especificaciones técnicas para compra de materiales e insumos del servicio. | P         | 1         |            |                                                                    |
| 11                                         | En caso de tercerización, registra la certificación de garantía de calidad.                              | P         | 0         |            |                                                                    |
| 12                                         | Controla y registra los procesos de limpieza y descontaminación.                                         | P         | 1         |            |                                                                    |
| 13                                         | Controla y registra los procesos de secado.                                                              | P         | 1         |            |                                                                    |
| 14                                         | Controla y registra los procesos de empaquetado.                                                         | P         | 1         |            |                                                                    |
| 15                                         | Controla y registra el proceso de esterilización.                                                        | P         | 1         |            |                                                                    |
| 16                                         | El material esterilizado se almacena según norma.                                                        | P         | 0         |            | Los paredes no son lavables.                                       |
| 17                                         | Mantiene un stock mínimo de insumos estériles.                                                           | P         | 1         |            |                                                                    |
| 18                                         | Previene y control el riesgo ocupacional.                                                                | P         | 0         |            | Falta manopla de silicon que previene quemadura.                   |
| 19                                         | Reporta incidencias, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente.             | P         | 1         |            |                                                                    |
| <b>SUB TOTAL</b>                           |                                                                                                          | <b>10</b> | <b>8</b>  | <b>80%</b> |                                                                    |
| <b>RESULTADOS</b>                          |                                                                                                          |           |           |            |                                                                    |
| 20                                         | El 100% de lotes entregados con garantía de esterilidad.                                                 | R         | 0         |            | Falta indicador interno de autoclave y mangas de diferente tamaño. |
| <b>SUB TOTAL</b>                           |                                                                                                          | <b>1</b>  | <b>0</b>  | <b>0%</b>  |                                                                    |
| <b>SUB TOTAL CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b> |                                                                                                          | <b>19</b> | <b>11</b> | <b>58%</b> |                                                                    |



| DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN) |                                                                    |           |           |                                                                                                            |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESTRUCTURA</b>                |                                                                    |           |           |                                                                                                            |
| 21                               | Cuenta con ambiente apropiado y materiales de protección personal. | E         | 0         | Área de uso compartido con limpieza de materiales de Centro Quirúrgico, falta mobiliarios.                 |
| 22                               | Cuenta con desinfectantes de alto nivel normados.                  | E         | 1         |                                                                                                            |
| 23                               | Cuenta con los insumos de limpieza normados.                       | E         | 0         | Falta Set de escobillas para lavado de materiales.                                                         |
| 24                               | Cuenta con agua destilada estéril para el enjuague final.          | E         | 1         |                                                                                                            |
| 25                               | Cuenta con los insumos de secado normados.                         | E         | 0         | No hay aire comprimido.                                                                                    |
| 26                               | Cuenta con un módulo de almacenamiento y conservación.             | E         | 0         |                                                                                                            |
| 27                               | Cuenta con personal profesional y técnico capacitado en DAN.       | E         | 1         |                                                                                                            |
| <b>SUB TOTAL</b>                 |                                                                    | <b>7</b>  | <b>3</b>  | <b>43%</b>                                                                                                 |
| <b>PROCESO</b>                   |                                                                    |           |           |                                                                                                            |
| 28                               | Controla y registra el proceso DAN.                                | P         | 1         |                                                                                                            |
| 29                               | Reporta incidentes a la autoridad correspondiente.                 | P         | 1         |                                                                                                            |
| 30                               | En servicios de endoscopia y hemodiálisis se controla el proceso.  | P         | 0         | No corresponde a C.E la desinfección y esterilización de endoscopios. Corresponde a Consultorios externos. |
| 31                               | Los procesos cuentan con registros de calidad.                     | P         | 0         | Falta cinta de testeo.                                                                                     |
| <b>SUB TOTAL</b>                 |                                                                    | <b>3</b>  | <b>2</b>  | <b>67%</b>                                                                                                 |
| <b>RESULTADOS</b>                |                                                                    |           |           |                                                                                                            |
| 32                               | Mejora continua en el DAN al menos en el 80% del Plan.             | R         | 0         | No cuenta con Plan de mejora continua en DAN.                                                              |
| <b>SUB TOTAL</b>                 |                                                                    | <b>1</b>  | <b>0</b>  | <b>0%</b>                                                                                                  |
| <b>SUB TOTAL DAN</b>             |                                                                    | <b>11</b> | <b>5</b>  | <b>45%</b>                                                                                                 |
| <b>TOTAL CE y DAN</b>            |                                                                    | <b>30</b> | <b>16</b> | <b>53%</b>                                                                                                 |



# CENTRO QUIRÚRGICO

| N°         | CRITERIO                                                                                                                                        | PUNTAJE |    | %    | OBSERVACIONES                                                        |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|------|----------------------------------------------------------------------|
| ESTRUCTURA |                                                                                                                                                 |         |    |      |                                                                      |
| 1          | Cumple con criterios de infraestructura, según norma.                                                                                           | E       | 1  |      |                                                                      |
| 2          | Dispone de agua potable corriente las 24 horas.                                                                                                 | E       | 1  |      |                                                                      |
| 3          | Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.                                                                               | E       | 1  |      |                                                                      |
| 4          | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                                                      | E       | 0  |      |                                                                      |
| 5          | Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                                                               | E       | 1  |      |                                                                      |
| 6          | Cuenta con material e insumos para el manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios.                                                             | E       | 1  |      |                                                                      |
| 7          | Se controla profilaxis quirúrgica de acuerdo a norma.                                                                                           | E       | 0  |      | que no se cumple                                                     |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                 | 7       | 5  | 71%  |                                                                      |
| PROCESO    |                                                                                                                                                 |         |    |      |                                                                      |
| 8          | Se cumple con medidas de prevención y control de IRI (especialmente lavado de manos, antisepsia de piel) y Accidentes Biológico Laborales (ABL) | P       | 1  |      |                                                                      |
| 9          | Cirujanos, residentes, internos, enfermeros y otros, cumplen medidas de prevención, control y ABL.                                              | P       | 1  |      |                                                                      |
| 10         | Manejo de RSH según norma.                                                                                                                      | P       | 1  |      |                                                                      |
| 11         | Utilizan equipos e insumos estériles de ventilación y anestesia por paciente.                                                                   | P       | 1  |      |                                                                      |
| 12         | Cumple con el Programa de Mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, de gases y vacío.                                                        | P       | 0  |      | Servicio de Mantenimiento no ha alcanzado Plan Preventivo            |
| 13         | En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma.                                                              | P       | 1  |      | Utilizan la sala N° 04                                               |
| 14         | Uso de drenaje aspirativo en circuito cerrado y sacados por contrabertura.                                                                      | P       | 1  |      |                                                                      |
| 15         | Se evita razurado. Si es pertinente se recorta vello o razurado con técnica aséptica < 30 minutos antes de la intervención.                     | P       | 1  |      | Se ha coordinado con los servicios, especialmente Gineco-Obstetricia |
| 16         | Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas o pinchazos, se reporta a UEH para el seguimiento.                                            | P       | 1  |      |                                                                      |
| 17         | Conocimiento de la incidencia de Infección de Herida Operatoria y de acciones de prevención y control.                                          | P       | 1  |      | Personal de turno involucrado en medidas preventivas                 |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                 | 10      | 9  | 90%  |                                                                      |
| RESULTADOS |                                                                                                                                                 |         |    |      |                                                                      |
| 18         | El 100% de cirujanos cumple con las normas del lavado quirúrgico.                                                                               | R       | 1  |      |                                                                      |
| 19         | Incremento porcentual del cumplimiento en el procedimiento de razurado o recorte de vello.                                                      | R       | 1  |      |                                                                      |
| 20         | Reducción porcentual de la incidencia de las Infecciones más frecuentes.                                                                        | R       | 1  |      | reducción (20%) de IHO por parto cesárea; no                         |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                 | 3       | 3  | 100% |                                                                      |
| TOTAL      |                                                                                                                                                 | 20      | 17 | 85%  |                                                                      |



# CENTRO OBSTÉTRICO

| N°         | CRITERIO                                                                                                                                                           | PUNTAJ |    | %   | OBSERVACIONES                                                                                                                                                             |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESTRUCTURA |                                                                                                                                                                    |        |    |     |                                                                                                                                                                           |
| 1          | Cumple con criterios de infraestructura, según norma.                                                                                                              | E      | 0  |     | No cumple según norma                                                                                                                                                     |
| 2          | Dispone de agua potable corriente las 24 horas.                                                                                                                    | E      | 1  |     | Si, la dotacion de agua es permanente                                                                                                                                     |
| 3          | Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.                                                                                                  | E      | 1  |     | Uso compartido con lavamanos de instrumentos                                                                                                                              |
| 4          | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                                                                         | E      | 0  |     | Uso compartido con el servicio de hospitalización                                                                                                                         |
| 5          | Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                                                                                  | E      | 0  |     | Uso compartido con el servicio de hospitalización                                                                                                                         |
| 6          | Cuenta con material e insumos para el manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios.                                                                                | E      | 1  |     |                                                                                                                                                                           |
| 7          | Los equipos e insumos de reanimación del neonato se manejan de acuerdo a normas de prevención y control de IIH.                                                    | E      | 1  |     |                                                                                                                                                                           |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                                    | 7      | 4  | 57% |                                                                                                                                                                           |
| PROCESO    |                                                                                                                                                                    |        |    |     |                                                                                                                                                                           |
| 8          | El personal cumple con medidas de prevención y control de IIH y Accidentes Biológico Laborales (ABL). Especialmente lavado de manos, antisepsia de piel y mucosas. | P      | 1  |     |                                                                                                                                                                           |
| 9          | Manejo de RSH según norma.                                                                                                                                         | P      | 1  |     |                                                                                                                                                                           |
| 10         | Durante el trabajo de parto no se realizan más de 4 tactos vaginales.                                                                                              | P      | 1  |     | No hay forma de verificar, en algunos casos se pasa                                                                                                                       |
| 11         | Cuenta con un Programa de Mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos.                                                                                      | P      | 0  |     | No conoce.                                                                                                                                                                |
| 12         | En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma.                                                                                 | P      | 1  |     | No se cuenta con ambiente para aislamiento, pero se coordina con hospitalización.                                                                                         |
| 13         | Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas punzocortantes, se reporta a UEH para el seguimiento.                                                            | P      | 1  |     |                                                                                                                                                                           |
| 14         | Conocimiento de la incidencia de Infección de Herida Operatoria, Endometritis y de acciones de prevención y control.                                               | P      | 1  |     | El personal de salud conoce informe mensual.                                                                                                                              |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                                    | 7      | 6  | 86% |                                                                                                                                                                           |
| RESULTADOS |                                                                                                                                                                    |        |    |     |                                                                                                                                                                           |
| 15         | Incremento en un 50% de gestantes con no más de 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto.                                                                    | R      | 0  |     | No hay informe.                                                                                                                                                           |
| 16         | Más del 90% del personal de CO cumple con las normas de lavado de manos.                                                                                           | R      | 1  |     |                                                                                                                                                                           |
| 17         | Reducción porcentual de la incidencia de las IIH seleccionadas (endometritis, IHO, otras).                                                                         | R      | 1  |     | Reporte del sistema de vigilancia, hay reducción (20%) de IHO por parto cesárea; no casos de endometritis por parto cesárea; incremento de endometritis por parto vaginal |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                                                                    | 3      | 2  | 67% |                                                                                                                                                                           |
| TOTAL      |                                                                                                                                                                    | 17     | 12 | 71% |                                                                                                                                                                           |



# UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

| N°         | CRITERIO                                                                                                                    | PUNTAJ |    | %   | OBSERVACIONES                                      |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----|----------------------------------------------------|
| ESTRUCTURA |                                                                                                                             |        |    |     |                                                    |
| 1          | Cumple con criterios de infraestructura, según norma.                                                                       | E      | 0  |     | No cumple no tiene extractor de aire               |
| 2          | Cuenta con recursos humanos en número suficiente para la atención.                                                          | E      | 1  |     | 5 Enfermera , 1 Cordinador<br>5 Medicos 5 Tecnicos |
| 3          | Dispone de agua potable corriente las 24 horas.                                                                             | E      | 1  |     |                                                    |
| 4          | Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.                                                           | E      | 1  |     |                                                    |
| 5          | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                                  | E      | 1  |     |                                                    |
| 6          | Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                                           | E      | 1  |     |                                                    |
| 7          | Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica.                                            | E      | 1  |     | Con RS:203-06/2015 HCLLH/SR<br>Si cumple           |
| 8          | Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente.                                                             | E      | 1  |     | Si cuentan                                         |
| 9          | Cuenta con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con esquemas globales por pacientes. | E      | 1  |     | Si cuentan                                         |
| 10         | Los frascos de aspiración, nebulización y otros no están con líquido, si no se utilizan de inmediato.                       | E      | 1  |     | Si pendiente registro de limpieza y desinfeccion   |
| 11         | Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío.                                        | E      | 1  |     | Si cumple N° RS 30/02/2015 HCL/S.A                 |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                             | 11     | 10 | 91% |                                                    |
| PROCESO    |                                                                                                                             |        |    |     |                                                    |
| 12         | Utiliza fórmulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso.                                                             | P      | NA |     | No licuan las Nutricionistas lo traen preparados   |
| 13         | Se maneja Uso Racional de ATM.                                                                                              | P      | 0  |     | No tienen informes de farmacia                     |
| 14         | Manejo de RSH según norma.                                                                                                  | P      | 1  |     | Si, pero traer lista de desechos                   |
| 15         | Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad.                                 | P      | 1  |     |                                                    |
| 16         | Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma.                                                                    | P      | 1  |     | Si c/ paciente compra su corrugado                 |
| 17         | Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzocortantes, se reporta a UEH.                                      | P      | 1  |     | Si cumple brombos<br>Falta de infraestructura      |
| 18         | Conocimiento de la incidencia de IIH y de acciones de prevención y control.                                                 | P      | 1  |     |                                                    |
| 19         | En caso de brotes o hiperendemias se toman medidas oportunas.                                                               | P      | 0  |     |                                                    |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                             | 8      | 5  | 63% |                                                    |
| RESULTADOS |                                                                                                                             |        |    |     |                                                    |
| 20         | Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo.                                                           | R      | 0  |     | Sugiere tener capacitaciones con coordinadores     |
| 21         | Reducción del número de brotes de IIH.                                                                                      | R      | 1  |     |                                                    |
| 22         | Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos.                                                          | R      | 1  |     |                                                    |
| SUB TOTAL  |                                                                                                                             | 3      | 2  | 67% |                                                    |
| TOTAL      |                                                                                                                             | 22     | 17 | 77% |                                                    |



### HOSPITALIZACIÓN (MEDICINA )

| Nº         | CRITERIO                                                                                                      | PUNTAJE |    | %    | OBSERVACIONES                        |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|------|--------------------------------------|
| ESTRUCTURA |                                                                                                               |         |    |      |                                      |
| 1          | Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas                                               | E       | 1  |      |                                      |
| 2          | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                    | E       | 1  |      |                                      |
| 3          | Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                               | E       | 1  |      |                                      |
| 4          | Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones                      | E       | 1  |      |                                      |
| 5          | Cuenta con material e insumos para manejo de RSH                                                              | E       | 1  |      |                                      |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 5       | 5  | 100% |                                      |
| PROCESO    |                                                                                                               |         |    |      |                                      |
| 6          | Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros                                                | P       | 1  |      |                                      |
| 7          | Se maneja Uso Racional de ATM                                                                                 | P       | 0  |      |                                      |
| 8          | Se maneja los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma                                                      | P       | 1  |      |                                      |
| 9          | En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.                                     | P       | 1  |      |                                      |
| 10         | Se cumple medidas de aislamiento según norma.                                                                 | P       | 1  |      | Tienen ambiente de aislados.         |
| 11         | Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.                                     | P       | 1  |      | Se refuerza a internos de enfermería |
| 12         | Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control. | P       | 1  |      |                                      |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 7       | 6  | 86%  |                                      |
| RESULTADOS |                                                                                                               |         |    |      |                                      |
| 13         | Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario                                                             | R       | 0  |      |                                      |
| 14         | Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico                                                    | R       | NA |      |                                      |
| 15         | Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos                                                  | R       | 0  |      |                                      |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 2       | 0  | 0%   |                                      |
| TOTAL      |                                                                                                               | 14      | 11 | 79%  |                                      |



## HOSPITALIZACIÓN (CIRUGÍA)

| N°         | CRITERIO                                                                                                      | PUNTAJE |    | %   | OBSERVACIONES                                            |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|-----|----------------------------------------------------------|
| ESTRUCTURA |                                                                                                               |         |    |     |                                                          |
| 1          | Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas                                               | E       | 1  |     | Lavamanos de uso compartido con el lavado de materiales. |
| 2          | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                    | E       | 1  |     | Uso compartido con lavamanos.                            |
| 3          | Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                               | E       | 1  |     |                                                          |
| 4          | Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones                      | E       | 0  |     | Algunos frascos están sin rotular y desprotegidos.       |
| 5          | Cuenta con material e insumos para manejo de RSH                                                              | E       | 1  |     |                                                          |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 5       | 4  | 80% |                                                          |
| PROCESO    |                                                                                                               |         |    |     |                                                          |
| 6          | Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros                                                | P       | 1  |     | No cuentan con respirador, se prestan de hosp. Me        |
| 7          | Se maneja Uso Racional de ATM                                                                                 | P       | 0  |     | No hay informe del comité de farmacoterapéutico.         |
| 8          | Se maneja los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma                                                      | P       | 1  |     |                                                          |
| 9          | En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.                                     | P       | 1  |     |                                                          |
| 10         | Se cumple medidas de aislamiento según norma.                                                                 | P       | 1  |     |                                                          |
| 11         | Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.                                     | P       | 1  |     |                                                          |
| 12         | Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control. | P       | 1  |     |                                                          |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 7       | 6  | 86% |                                                          |
| RESULTADOS |                                                                                                               |         |    |     |                                                          |
| 13         | Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario                                                             | R       | 0  |     | No se han elaborado planes en el servicio para red       |
| 14         | Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico                                                    | R       | NA |     | No hay presencia de casos en los últimos años            |
| 15         | Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos                                                  | R       | 0  |     | No se han realizado informes.                            |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 2       | 0  | 0%  |                                                          |
| TOTAL      |                                                                                                               | 14      | 10 | 71% |                                                          |



## HOSPITALIZACIÓN (OBSTETRICIA)

| N°                | CRITERIO                                                                                                      |   | PUNTAJE   | %        | OBSERVACIONES                                                                |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|----------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESTRUCTURA</b> |                                                                                                               |   |           |          |                                                                              |
| 1                 | Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas                                               | E | 1         |          |                                                                              |
| 2                 | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                    | E | 1         |          |                                                                              |
| 3                 | Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                               | E | 1         |          |                                                                              |
| 4                 | Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones                      | E | 0         |          | Se evidencia los frascos de antisépticos sin rotular.                        |
| 5                 | Cuenta con material e insumos para manejo de RSH                                                              | E | 1         |          |                                                                              |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               |   | <b>5</b>  | <b>4</b> | <b>80%</b>                                                                   |
| <b>PROCESO</b>    |                                                                                                               |   |           |          |                                                                              |
| 6                 | Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros                                                | P | 0         |          | No hay guía de procedimientos                                                |
| 7                 | Se maneja Uso Racional de ATM                                                                                 | P | 0         |          | Pendiente coordinación con Farmacia                                          |
| 8                 | Se maneja los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma                                                      | P | 1         |          |                                                                              |
| 9                 | En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.                                     | P | 0         |          | No cuenta con ambiente, se hace coordinaciones con hospitalización medicina. |
| 10                | Se cumple medidas de aislamiento según norma.                                                                 | P | 1         |          | Si parcialmente, se hace coordinaciones con hospitalización medicina.        |
| 11                | Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.                                     | P | 1         |          | Cuentan con el flujo grama de accidentes punzo cortantes.                    |
| 12                | Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control. | P | 1         |          |                                                                              |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               |   | <b>7</b>  | <b>4</b> | <b>57%</b>                                                                   |
| <b>RESULTADOS</b> |                                                                                                               |   |           |          |                                                                              |
| 13                | Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario                                                             | R | NA        |          | No se han presentado casos                                                   |
| 14                | Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico                                                    | R | NA        |          | No se han presentado casos                                                   |
| 15                | Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos                                                  | R | 0         |          | No se han realizado informes.                                                |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               |   | <b>1</b>  | <b>0</b> | <b>0%</b>                                                                    |
| <b>TOTAL</b>      |                                                                                                               |   | <b>13</b> | <b>8</b> | <b>62%</b>                                                                   |



### HOSPITALIZACIÓN (GINECOLOGIA )

| N°         | CRITERIO                                                                                                      | PUNTAJE |    | %   | OBSERVACIONES                                 |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|-----|-----------------------------------------------|
| ESTRUCTURA |                                                                                                               |         |    |     |                                               |
| 1          | Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas                                               | E       | 1  |     |                                               |
| 2          | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                    | E       | 1  |     |                                               |
| 3          | Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                               | E       | 1  |     |                                               |
| 4          | Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones                      | E       | 0  |     |                                               |
| 5          | Cuenta con material e insumos para manejo de RSH                                                              | E       | 1  |     |                                               |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 5       | 4  | 80% |                                               |
| PROCESO    |                                                                                                               |         |    |     |                                               |
| 6          | Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros                                                | P       | 1  |     |                                               |
| 7          | Se maneja Uso Racional de ATM                                                                                 | P       | 0  |     | No hay informe del comité farmacoterapeutico. |
| 8          | Se maneja los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma                                                      | P       | 1  |     |                                               |
| 9          | En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.                                     | P       | 1  |     |                                               |
| 10         | Se cumple medidas de aislamiento según norma.                                                                 | P       | 0  |     | No cuentan con ambiente para aislados         |
| 11         | Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.                                     | P       | 1  |     |                                               |
| 12         | Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control. | P       | 1  |     |                                               |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 7       | 5  | 71% |                                               |
| RESULTADOS |                                                                                                               |         |    |     |                                               |
| 13         | Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario                                                             | R       | NA |     | No hay casos                                  |
| 14         | Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico                                                    | R       | NA |     |                                               |
| 15         | Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos                                                  | R       | 0  |     | Pendiente informes de farmacia                |
| SUB TOTAL  |                                                                                                               | 1       | 0  | 0%  |                                               |
| TOTAL      |                                                                                                               | 13      | 9  | 69% |                                               |



## HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA

| N°                | CRITERIO                                                                                                      |           | PUNTAJE   | %           | OBSERVACIONES                                                                                                                        |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESTRUCTURA</b> |                                                                                                               |           |           |             |                                                                                                                                      |
| 1                 | Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas                                               | E         | 1         |             | Lavamanos de uso compartido con lavado de materiales                                                                                 |
| 2                 | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                    | E         | 1         |             | Existe 2 lavaderos, falta destinar un lavadero para instrumental.                                                                    |
| 3                 | Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                               | E         | 1         |             |                                                                                                                                      |
| 4                 | Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones                      | E         | 1         |             |                                                                                                                                      |
| 5                 | Cuenta con material e insumos para manejo de RSH                                                              | E         | 1         |             |                                                                                                                                      |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               | <b>5</b>  | <b>5</b>  | <b>100%</b> |                                                                                                                                      |
| <b>PROCESO</b>    |                                                                                                               |           |           |             |                                                                                                                                      |
| 6                 | Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros                                                | P         | 1         |             |                                                                                                                                      |
| 7                 | Se maneja Uso Racional de ATM                                                                                 | P         | 0         |             | Pendiente informe de farmacia                                                                                                        |
| 8                 | Se maneja los RSH según norma                                                                                 | P         | 1         |             |                                                                                                                                      |
| 9                 | En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.                                     | P         | 1         |             |                                                                                                                                      |
| 10                | Se cumple medidas de aislamiento según norma.                                                                 | P         | 1         |             | Cuentan con área de Aislados                                                                                                         |
| 11                | Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.                                     | P         | 1         |             | Cuentan con flujo grama de manejo de accidentes punzo cortantes y Manual de Salud Ocupacional                                        |
| 12                | Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control. | P         | 1         |             | Se socializan Informes mensuales                                                                                                     |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               | <b>7</b>  | <b>6</b>  | <b>86%</b>  |                                                                                                                                      |
| <b>RESULTADOS</b> |                                                                                                               |           |           |             |                                                                                                                                      |
| 13                | Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario                                                             | R         | NA        |             | Falta Plan Local e Informes<br>Realizan capacitaciones mensuales con el personal de dicho servicio pero no se han realizado informes |
| 14                | Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico                                                    | R         | NA        |             |                                                                                                                                      |
| 15                | Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos                                                  | R         | 0         |             | Pendiente informe de farmacia                                                                                                        |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               | <b>1</b>  | <b>0</b>  | <b>0%</b>   |                                                                                                                                      |
| <b>TOTAL</b>      |                                                                                                               | <b>13</b> | <b>11</b> | <b>85%</b>  |                                                                                                                                      |



## HOSPITALIZACIÓN NEONATOLOGÍA

| N°                | CRITERIO                                                                                                      |   | PUNTAJE   | %         | OBSERVACIONES                                                                                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESTRUCTURA</b> |                                                                                                               |   |           |           |                                                                                               |
| 1                 | Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas                                               | E | 1         |           |                                                                                               |
| 2                 | Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.                                    | E | 0         |           | Uso compartido en lavadero de manos.                                                          |
| 3                 | Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.                               | E | 1         |           | Es compartido con el servicio de pediatría                                                    |
| 4                 | Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones                      | E | 1         |           | Solo utilizan alcohol y si esta rotulado                                                      |
| 5                 | Cuenta con material e insumos para manejo de RSH                                                              | E | 1         |           |                                                                                               |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               |   | <b>5</b>  | <b>4</b>  | <b>80%</b>                                                                                    |
| <b>PROCESO</b>    |                                                                                                               |   |           |           |                                                                                               |
| 6                 | Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros                                                | P | 1         |           |                                                                                               |
| 7                 | Se maneja Uso Racional de ATM                                                                                 | P | 0         |           | Pendiente coordinar con Farmacia                                                              |
| 8                 | Se maneja los RSH según norma                                                                                 | P | 1         |           |                                                                                               |
| 9                 | En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.                                     | P | 1         |           | Si cuentan cuentan ambiente para infectados.                                                  |
| 10                | Se cumple medidas de aislamiento según norma.                                                                 | P | 1         |           | Cuentan con área de infectados                                                                |
| 11                | Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.                                     | P | 1         |           | Cuentan con flujo grama de manejo de accidentes punzo cortantes y Manual de Salud Ocupacional |
| 12                | Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control. | P | 1         |           | Si, cuenta con archivador de informes epidemiológicos                                         |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               |   | <b>7</b>  | <b>6</b>  | <b>86%</b>                                                                                    |
| <b>RESULTADOS</b> |                                                                                                               |   |           |           |                                                                                               |
| 13                | Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario                                                             | R | NA        |           | No hay reporte de casos en los últimos años                                                   |
| 14                | Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico                                                    | R | 1         |           | Cuenta con guía de cuidados de enfermería actualizada con RD                                  |
| 15                | Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos                                                  | R | 0         |           | Falta informes                                                                                |
| <b>SUB TOTAL</b>  |                                                                                                               |   | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>50%</b>                                                                                    |
| <b>TOTAL</b>      |                                                                                                               |   | <b>14</b> | <b>11</b> | <b>79%</b>                                                                                    |

