

Resolución Directoral

Puente Piedra, 27 de septiembre de 2024.

VISTO: Expediente N° 00006381, el Informe N° 231 - 08/2024 – EPI – UESA – HCLLH/MINSA, el Proveído N° 217 – 08/2024 N – UESA – HCLLH/MINSA, el Informe Técnico N° 060 – 08/2024 – EP – OPE – HCLLH, el Proveído N°- 333 – 08 – 2024 – OPE – HCLLH/MINSA, el Informe Legal N° 213 – 09 – 2024-AJ – HCLLH/MINSA, y;

CONSIDERANDO:

Que, la "Ley General de Salud", establece que 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, asimismo el artículo 42° dispone que todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías internas y externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a que es sometido el paciente, sean éstos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación.

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", estableciendo los criterios, la metodología, el procedimiento y los instrumentos necesarios para la autoevaluación o evaluación interna de las infecciones intrahospitalarias;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 753 – 2004/MINSA, que aprueba la N.T N° 020 – MINSA /DGSP – V01: "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias", misma que tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios hospitalarios, reduciendo el impacto negativo de las infecciones intrahospitalarias.

Que, mediante la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-202 "Directiva Administrativa para la formulación Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", se establecen los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el MINSA, de acuerdo con los instrumentos de gestión sectorial e institucional.



Que, mediante la Resolución Directoral N°219-12/2020-HCLLH/SA, se aprueba la Directiva N°009-HCLLH-2020/OPE "Directiva para la elaboración de planes de trabajo y planes de acción V.01 del HCLLH, cuya finalidad es lograr sistematizar la elaboración de los Planes de Trabajo, que se encuentran establecidos de acuerdo a las normas vigentes, para el fortalecimiento de las actividades y la reducción de las debilidades, proyectándose al sentido de la planificación y organización.



Que, mediante el Informe N° 231 - 08/2024 – EPI – UESA – HCLLH/MINSA, de fecha 27 de agosto del 2024, el Responsable de Vigilancia Epidemiológica IASS, remite al Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el Informe Técnico correspondiente para la aprobación del "PLAN PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, AÑO 2024".



Que, mediante el Proveído N° 217 – 08/2024 – UESA – HCLLH/MINSA de fecha 27 de agosto del 2024, el expediente correspondiente a la aprobación del "PLAN PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, AÑO 2024", fue remitido a la Oficina de Planeamiento Estratégico, para la emisión de su informe técnico de validación correspondiente.



Que, mediante Informe Técnico N° 060 – 08/2024 – EP – OPE – HCLLH, de fecha 29 de agosto del 2024, la Coordinadora del Equipo de Planeamiento, emite opinión favorable al "PLAN PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, AÑO 2024", y recomienda su aprobación mediante acto resolutivo.



Que mediante el Proveído N° 333 – 08 – 2024 – OPE – HCLLH/MINSA, de fecha 02 de septiembre del 2024, el Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, hace suyo en todos sus extremos el Informe Técnico N° 060 – 06 – 2024/ - EP – OPE – HCLLH, por lo tanto, aprueba el "PLAN PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, AÑO 2024"



Que, con Informe Legal N° 213 - 09 -2024-AJ-HCLLH/MINSA de fecha 10 de septiembre del 2024, la Asesoría Jurídica de Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, concluye que el "PLAN PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, AÑO 2024", se encuentra dentro de lo establecido por la norma vigente;

Que, habiéndose corroborado que las actividades contempladas en la propuesta del "PLAN PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD, AÑO 2024", están alineadas con el Plan Operativo Institucional 2024 y que cumple con la estructura establecida según la Directiva N°009-HCLLH-2020, además considerando que la finalidad del referido Plan de Trabajo del Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2024, es contribuir en el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, así como en la reducción del impacto de estas en los usuarios del Hospital.

Que, consecuentemente, por convenir a los intereses funcionales, institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión correspondiente del acto resolutivo;



Resolución Directoral

Que, contando con el visto bueno del Director Ejecutivo, Jefe de la Oficina de Administración, Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, de Asesoría Jurídica de Dirección Ejecutiva, y;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 8º literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA;

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, AÑO 2024”, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, como órgano competente, realice la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del cumplimiento de la ejecución de las actividades, así como también evaluar el cumplimiento de los objetivos del presente Plan.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR al responsable del Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

MC. Willy Gabriel De La Cruz López
CMP 065280 / RNE 041777
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

WGD/LC/BVM

C.c.:

- Oficina de Administración.
- Oficina de Planeamiento Estratégico.
- Asesoría Jurídica.
- Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

**PLAN PARA LA EVALUACION INTERNA DE
LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN DE SALUD**

AÑO 2024



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL





ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	BASE LEGAL	4
V.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
VI.	RECURSOS	5
VII.	CONTENIDO DEL PLAN	7
	7.1 Definiciones operativas	7
	Autoevaluación	7
	7.2 Análisis situación actual	7
	7.2.1 Antecedentes	7
	7.2.2 Problema	13
	7.2.3 Causas del problema	13
	7.3 Financiamiento	13
	7.4 Indicadores	13
VIII.	ESTRATEGIAS DE TRABAJO	13
IX.	RESPONSABLES	13
X.	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	15
XI.	ANEXOS	16





I. INTRODUCCION

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) son un problema de Salud Pública por aumentar la morbilidad y mortalidad de los usuarios hospitalizados en los establecimientos incrementando de manera sustancial los costos de la atención y los sobrecostos asociados a las pérdidas generadas por el incremento de la estancia hospitalaria. En la actualidad el índice de IAAS son catalogados como un indicador de calidad de atención de los Establecimientos de Salud y de la seguridad de los pacientes, reflejando la capacidad técnica del personal de salud y el equipamiento con el que cuenta cada institución prestadora de servicios de la salud. Según la OMS más de 1,4 millones de personas en el mundo contrae infecciones en el hospital, en los países desarrollados la incidencia es del 5% al 10% siendo esta cifra duplicada en países en vías de desarrollo de 2 a 10 veces más.

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) denominadas anteriormente como infecciones intrahospitalarias o infecciones asociadas a la atención sanitaria, son infecciones que se adquieren al interior de los establecimientos de salud, no habiendo estado presentes ni en incubación al momento del ingreso de los pacientes. Las IAAS constituyen un problema de salud pública a nivel mundial ya que incrementan la morbilidad, la mortalidad, los costos de la atención y comprometen la calidad de la atención de los establecimientos de salud, además que puedan generar potencialmente problemas médicos legales.

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.

El hospital Carlos Lanfranco la Hoz cuenta con 114 camas hospitalarias, desde el año 2005 viene realizando la vigilancia prevención y control de las infecciones asociadas 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°163-MINSA /2020/CDC.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
Carlos Lanfranco La Hoz

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 contará con la participación de los directivos, jefes de Departamentos, jefes de servicios, y todo el personal de salud involucrado en la atención de salud.

Con la ejecución del presente plan se buscará el cumplimiento, mejoramiento de las acciones de vigilancia, prevención y control de las IAAS para el año 2024.

II. FINALIDAD

Contribuir en el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, así como en la reducción del impacto de estas en los usuarios del HCLLH.

III. OBJETIVOS

Objetivos General:

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 de incidencias

Objetivos Específicos:

- Disponer de una evaluación actualizada del cumplimiento de las actividades de vigilancia, prevención y control de las infecciones, en función a la Guía técnica para la evaluación interna de la Vigilancia Prevención y Control de las IAAS.
- Estandarizar la aplicación de criterios, metodología, procedimiento e 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 la tasa de incidencia acumulada.
- Identificar los problemas y debilidades del sistema de Vigilancia Prevención y Control de las IAAS, eliminando los factores condicionantes de las infecciones Intrahospitalarias.

IV. BASE LEGAL

- Ley General N° 26842, Ley general de Salud.
- Ley del Ministerio de Salud N°27657.
- Resolución Ministerial N° 452-2003/MINSA que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.





- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias”.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03 Norma –Técnica de Salud “Categorías de establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N°506-2012/MINSA, que aprueba la DS N° 046-MINSA/DGE-V0.1, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 948-2012/MINSA, que sustituye los anexos 1, 2 y 3 de la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, aprobada con Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 509-2023-MINSA que aprueba la NTS N° 203-MINSA-CDC-2023, Norma Técnica de Salud para la investigación y control de brotes de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA Implementación del proceso de higiene de manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA que aprueba la NTS N°163-MINSA /2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución Directoral N°292-12/2023-DE-HCLLH/MINSA, se aprobó el Plan Operativo Institucional HCLLH.
- Resolución Directoral N° 014-01/2024-DE-HCLLH/MINSA, aprueba el Plan de Trabajo Anual de Epidemiología y Salud Ambiental.



V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de evaluación interna de vigilancia, prevención y control de las IAAS será aplicado en todos los servicios asistenciales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

VI. RECURSOS

6.1 Recursos Disponibles:

a. Recursos Humanos

Personal distribuido en turnos de lunes a domingo**:



GRUPO OCUPACIONAL	D.L. 276	D.L. 1057	LOCACIÓN DE SERVICIOS	TOTAL
Enfermeros	01	03		04
Obstetra	01	01	01	03
Médico*	01			01
Secretaria			01	01
TOTAL	03	04	02	09

*01 médico comparte actividades como responsable del Programa Presupuestal 017 Metaxénicas y Zoonosis.

** Personal asistencial en turnos de 12 horas y personal administrativo en turnos de 8 o 12 horas según necesidad.

b. Recursos Informáticos y Equipo inmobiliario

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	ESTADO
Escritorio de Metal con 3 cajones	01	Regular
Silla giratoria ergonómica	01	Bueno

c. Recursos materiales e insumos

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	ESTADO
Engrapador tipo Alicate	01 Unidad	Bueno
Perforador	01 Unidad	Regular
Tableros	02 Unidad	Regular
Saca grapas	01 Unidad	Bueno
Formatos de Vigilancia de IAAS	01 Ciento	Bueno

d. Materiales de escritorio

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
Hojas Bond tamaño A-4 75 gr.	500	unidades
lapiceros azules	15	unidades
lapiceros rojos	15	unidades
lápices 2B	15	unidades
Borradores de lápiz (blanco)	15	unidades
Fólderes manila A-4	50	unidades
Fástenes	50	unidades
clips metal	02	cajas
grapap	01	cajas
resaltadores	15	unidades
correctores líquidos	15	unidades
Archivadores	01	unidades
Micas tamaño A4	15	unidades
papel lustre color azul,	02	pliegos
Tinta para tampón color negro autosellable	02	unidades
Tableros acrílicos	06	unidades
Tinta para tampón color azul	04	unidades
Vinifan tamaño oficio	01	unidad
Cinta masking-tape	02	unidades
Plumones acrílicos para pizarra	02	unidades
Sobres manila	50	unidades
Cuadernos A4 para Libro de actas	01	Unidades
Memoria externa de 2tb	01	Unidades





VII. CONTENIDO DEL PLAN

7.1 Definiciones operativas

Autoevaluación

Proceso de evaluación interna mediante el cual, el equipo técnico institucional recopila, consolida y analiza información sustantiva sobre la vigilancia, prevención y control de IAAS, a la luz de un conjunto de estándares o criterios previamente definidos y aceptados.

Evaluación

Es la emisión de un juicio de valor a través del cual se compara los resultados obtenidos en relación con los objetivos propuestos, a través de un conjunto de estándares o criterios previamente definidos. La evaluación puede ser interna o externa.

Infecciones asociadas a la atención de salud

Aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a sus toxinas, que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Así mismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal de la salud.

7.2 Análisis situación actual

7.2.1 Antecedentes

Mediante resolución ministerial N° 523-2007/MINSA se aprueba la Guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. Dicha evaluación brindara información valida a todas las instancias, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios hospitalarios reduciendo el impacto negativo de las IAAS, con el objetivo de tomar decisiones oportunas para fortalecer el liderazgo y el ejercicio institucional con calidad. La evaluación es un proceso de análisis sistemático que se apoya en la normativa actual vigente y que juzga la pertinencia, la eficiencia, el progreso, los resultados y el impacto del sistema.

7.2.1.1 Etapas de la evaluación interna:

Intervenciones del equipo evaluador de la VPC de IAAS.

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

Supervisión y Monitoreo.

Se realizará 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.

7.2.1.2 Técnica, instrumentos y metodología de la evaluación:

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.

Calificación:

Para la calificación de los criterios señalados en las fichas, se procederá de la siguiente manera:

- Al aplicar la ficha de evaluación de acuerdo a la constatación en cada uno de los criterios se colocará en la columna correspondiente el puntaje obtenido, es decir uno (1) si cumple, o cero (0) si no cumple. Al finaliza la evaluación del servicio/unidad/área, se sumará el puntaje obtenido y se registrará al final de la columna correspondiente.
- Una vez terminada la evaluación de todos los servicios/unidades/áreas, se tienen los puntajes obtenidos en cada uno de ellos, lo cual se llevará a porcentajes para verificar el avance en el cumplimiento de los criterios.



- Si en alguno de los servicios/unidades/áreas no se cumplió con los criterios obligatorios (aunque sea solo uno) el servicio no calificará.
- Los porcentajes obtenidos se llevan a la siguiente tabla:

Servicio, unidad, área	Satisfactorio	Regular	Deficiente	Fuente	Periodo
Resultado de Evaluación	>80%	60-80%	<60%	Servicios a evaluar según NT	I y II evaluación interna

7.2.1.3 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.

Resultados de la Evaluación Interna de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) 2019:

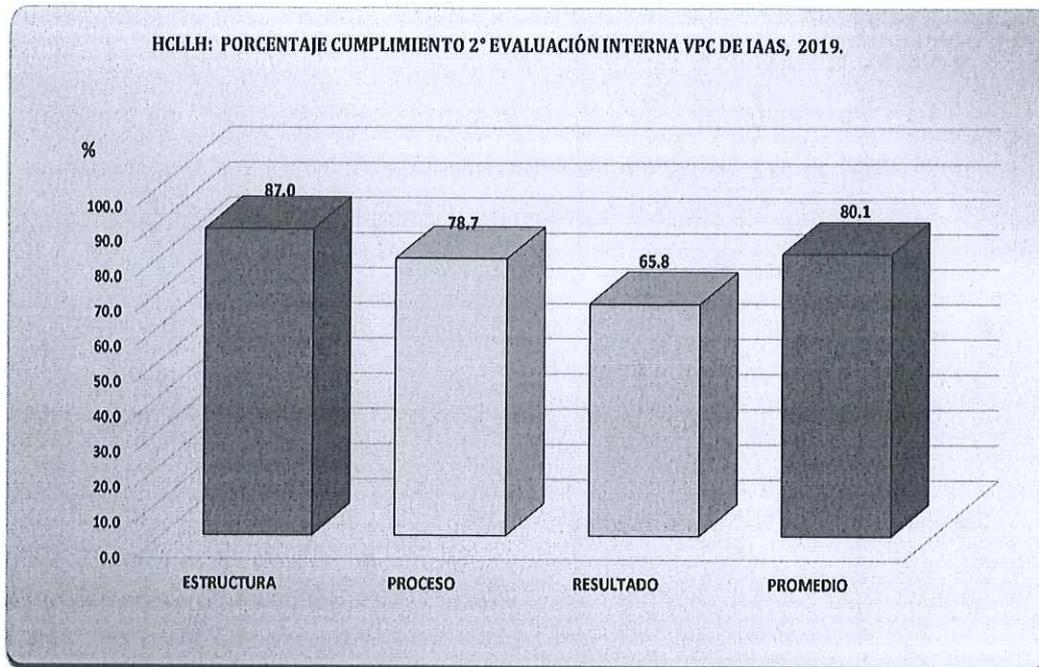
El Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz", categorizado como hospital Nivel II-2, a demanda de pacientes cada vez es creciente, en la mayoría de los servicios asistenciales.

En el **gráfico N° 01** se muestra el porcentaje de cumplimiento obtenido por el Hospital en las acciones de Vigilancia, Prevención y Control de la IAAS, los porcentajes obtenidos en cada criterio de evaluación en el mes de octubre – noviembre 2019 fueron, de 87% en estructura, el 78.7% en proceso, y 65.8% en resultado, con un promedio global de 80.1%, considerándose dentro de la categoría satisfactoria.





Gráfico N° 01



Fuente: HCLLH, Equipo Evaluación Interna VPC IAAS, octubre - noviembre 2019.

En cuanto a Estructura, los principales problemas identificados fueron:

- Infraestructura inapropiada en la mayoría de las áreas, en especial en desinfección de alto nivel, farmacia, microbiología.
- Los lavamanos no son los adecuados para tal fin, por lo general se observa que los lavaderos no son exclusivos, sino que son de uso compartido con el lavado de materiales.
- En diversos servicios no se cuenta, con áreas exclusivas para la descontaminación y limpieza del instrumental y equipos, como en hospitalización neonatología, centro obstétrico, hospitalización medicina, cirugía y emergencia.
- El sistema de ventilación es inapropiado en la mayoría de los servicios como: emergencia, SOP, hospitalización medicina, neonatología y sala de partos.
- La falta de insumos en el área de central de esterilización y desinfección de alto nivel como: los controladores químicos, biológicos para los equipos de esterilización, escobillas de diferentes tamaños, guantes especiales para la desinfección de materiales, equipos de bioseguridad (respiradores para sustancias gaseosas) etc.

En cuanto a Procesos, los principales problemas identificados correspondieron:

- No se evidencia manejo de uso racional de antimicrobianos.





- El personal asistencial cumple parcialmente con las medidas de prevención y control de las IAAS y accidentes biológico-laborales (ABL), especialmente el lavado de manos y uso de equipos de protección personal.
- La segregación de residuos sólidos hospitalarios (RSH), es inadecuada en algunos de los servicios de la institución.
- Los servicios no cuentan con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos biomédicos.
- Algunas jefaturas no socializan con el personal la incidencia de las IAAS (informes y boletines)
- Ningún servicio tiene actualizado un documento técnico sobre el uso racional de los antimicrobianos en los servicios asistenciales del establecimiento.

Con respecto a los Resultados:

- No se han elaborado planes, indicadores de resultados, informes específicos para cada servicio asistencial.
- Se encontraron evidencias de las medidas aplicadas, orientadas a la prevención de la infecciones, según lo propuesto en la Guía de Evaluación Interna, en algunos servicios hospitalarios.
- Epidemiología, Salud Ambiental, central de esterilización, desinfección de alto nivel, hospitalización de obstetricia, hospitalización Ginecología y hospitalización neonatología, obtuvieron el mayor puntaje con su indicador de resultado.

Conclusiones:

- En la segunda evaluación realizada en el mes de octubre – noviembre 2019 se obtuvieron los siguientes resultados, 87% en estructura, el 78.7% en proceso, y 65.8% en resultado, con un promedio global de 80.1%, considerándose dentro de la categoría satisfactoria.
- Área de epidemiología, salud ambiental, microbiología, central de esterilización, DAN, hospitalización de ginecología y hospitalización neonatología; alcanzaron el nivel óptimo con un puntaje mayor al 80% de cumplimiento.
- Los que se encuentran en el nivel regular, con puntaje de entre 60% y 80% son: comité de IIH, centro quirúrgico, centro obstétrico, uci adultos, hospitalización Medicina, hospitalización Cirugía, hospitalización Obstetricia, hospitalización Pediatría
- Los que se encuentran en el nivel deficiente con puntaje menor a 60% son: Farmacia.





- A comparación de años anteriores se logró la reducción de infecciones asociadas a la atención de salud en el servicio de Hospitalización de Neonatología, Hospitalización de Medicina y Cirugía.

7.2.2 Problema

- Información desactualizada sobre la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud en el HCLLH.

7.2.3 Causas del problema

- Situación de la pandemia del Covid 19 (años 2020-2022)
- Incremento de actividades por las contingencias de Brotes (dengue, IAAS, Neumonías, entre otros) por parte de la Unidad de epidemiología.

7.3 Financiamiento

Todas las tareas operativas programadas en el Plan responden al desarrollo de la actividad de Vigilancia y control epidemiológico, y serán ejecutadas presupuestalmente para el cumplimiento de la meta física – presupuestal, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

7.4 Indicadores

INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	LINEA BASE	VALOR ESPERADO (Meta)	FUENTE	PERIODICIDAD
Porcentaje total de evaluación interna	% Evaluación Interna	70%	80 %	UESA	Trimestral

VIII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO

- Actualización de la evaluación interna del sistema de vigilancia epidemiológica de la vigilancia, prevención y control de infecciones.
- Homologación de criterios, metodología, procedimientos e instrumentos necesarios para la autoevaluación de las IAAS.
- Mejora continua en la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las IAAS, disminuyendo la tasa de incidencia acumulada.
- Disponer de información validada de los problemas y debilidades del sistema de vigilancia, prevención y control de las IAAS.

IX. RESPONSABLES

Miembros Integrantes del Equipo la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

- Jefe de la UESA y Resp. PROA – Revisión de casos

Med. Epid. José Luis Bolarte Espinoza





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

- Jefe del Área Inteligencia Sanitaria y Equipo Funcional de Epidemiología
Lic. Karime Moran Valencia
- Resp. Vigilancia de IAAS
Lic. Helen Holguín Torres
- Vigilancia de IAAS
Lic. Rolland Uribe Donayre
- Resp. Bioseguridad
Lic. Rocío Huachin Alfaro
- Resp. de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.
Obsta. Liliana Soto Fernández
- Responsable de Vigilancia Epidemiológica Activa
Tec. Asist. Rosmery Rivas Salinas
- Responsable de Vigilancia Epidemiológica Activa
Lic. Willian Salinas Chavarria



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL



X. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA								
			JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	
Lograr 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	Conformar con Resolución directoral el equipo evaluador.	RD	x							
	Elaborar el plan de la Evaluación de la VPC de las IAAS. Solicitar la aprobación del plan por la Dirección del Hospital.	RD	x							
	Difusión del plan a todas las áreas del HCLLH en coordinación con la oficina de comunicaciones.	Documento			x	x				
Estandarizar la aplicación de criterios, metodología, procedimiento e instrumentos necesarios para la autoevaluación o evaluación interna de las infecciones Intrahospitalarias	Coordinación con el comité IAAS.	Libro de actas	x		x					
	Socialización de la metodología de trabajo.	Libro de actas				x				
	Coordinar con los servicios participantes en el estudio (I y II evaluación interna)	Documento				x				x
Fortalecer el proceso de mejora continua de calidad en los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones Intrahospitalarias disminuyendo la tasa de incidencia acumulada	Recolectar la información	Ficha				x				x
	Realizar el control de calidad de la información	Ficha				x				x
	Realizar el ingreso de la información	Base de datos				x				x
	Analizar e interpretar la información	Informe					x			x
	Redactar el Informe preliminar	Informe					x			x
	Presentar y difundir los resultados	Informe					x			x
	Identificar los problemas y debilidades del sistema de VPC de las IAAS, eliminando los factores condicionantes de las infecciones Intrahospitalarias	Elaborar el informe final	Informe					x		
	Publicar y difundir	Documento					x			x





XI. ANEXOS

FICHAS DE AUTOEVALUACIÓN POR SERVICIOS/UNIDADES

COMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD				
Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	El Comité tienen Resolución Directoral actualizada	E		
2	Cuenta con un Plan Anual, aprobada por Resolución Directoral	E		
3	Los objetivos del Plan están incorporados en el PO Institucional	E		
4	Dispone de la normalidad referida a Vigilancia, Prevención y Control de IIH (Anexo N° 01)	E		
5	EL CIIH está presidido por el Director del Hospital o su representante	E		
6	El CIIH está compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas	E		
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo	E		
8	Miembros del CIIH reciben capacitación en IIH	E	0	
SUB TOTAL		8	0	0%
PROCESO				
9	El CIIH determina los daños y servicios que serán vigilados	P		
10	Registra reuniones en libro de actas, con control de acuerdos	P		
11	Analiza resultados de la VPC IIH y ABL y propone acciones correctivas	P		
12	Analiza y difunde el mapa microbiológico a servicios asistenciales	P	0	
13	Propone con la Oficina de Calidad la implementación de Planes de Mejora según problemas priorizados.	P		
14	Analiza informes de manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios y propone intervenciones.	P		
15	Analiza informes sobre calidad de agua y propone intervenciones.	P		
16	Evalúa y propone actividades oportunas de PC en caso de brotes e hiperendemias.	P		
17	Evalúa resultados de acciones de VPC IIH y los avances del Plan	P		
18	Con el Comité Farmacológico implementa estrategias para Uso Racional de ATM.	P	0	
19	Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional.	P		
20	Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros insumos para la VPC de las IIH y ABL.	P		
21	Informa trimestralmente a la Dirección de los resultados, logros y dificultades.	P		
SUB TOTAL		13	0	0%
RESULTADOS				
22	Cumplimiento de las metas señaladas en el Plan en no menos del 80%	R		
23	Reducción no menor del 20% de la incidencia por tipo de IIH de acuerdo a la línea basal y estándares.	R		
24	El 90% del personal por lo menos cumple con el lavado de manos en áreas críticas.	R	0	
25	Incremento en un 50% del cumplimiento de medidas de prevención en procedimientos de riesgo (tacto vaginales, rasurado pre-quirúrgico, uso de catéteres y antibiótico profilaxis)	R	0	
SUB TOTAL		4	0	0%
TOTAL		25	0	0%





UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE BROTES				
ESTRUCTURA				
1	Cuenta con la Oficina/Unidad de Epidemiología	E		
2	Cuenta con equipo de cómputo, correo electrónico e impresora	E		
3	Cuenta con documentos técnicos de VPC IIH (Anexo N° 01)	E		
4	Cuenta con profesionales necesarios y con funciones definidas	E		
5	Cuenta con enfermera para la VPC IIH	E		
6	En las acciones de VPC incorpora personal de los servicios	E		
SUB TOTAL		6	0%	
PROCESO				
7	Investiga brotes e hiperendemias, comunica resultados a la Dirección, al CIIH y al nivel intermedio	P		
8	Vigila diaria y activamente las IIH en los servicios seleccionados	P		
9	Revisa los resultados microbiológicos positivos, de servicios seleccionados.	P		
10	Vigila y reporta los ABL.	P		
11	Conduce los estudios de prevalencia de IIH y otros relacionados.	P		
12	Participa en la Vigilancia de URATM.	P		
13	El epidemiólogo supervisa la Vigilancia activa de la enfermera	P		
14	Capacita en VPC IIH y ABL en los servicios	P		
15	Informa a nivel intermedio resultados de la vigilancia y otros afines	P		
16	Informa al CIIH y a la Dirección las incidencias de IIH y ABL.	P		
17	Elabora tendencias de las incidencias de las IIH vigiladas.	P		
18	Analiza e informa sobre el comportamiento de la vigilancia de IIH.	P		
19	Identifica y analiza con Salud Ocupacional, riesgos laborales y propicia control de los mismos.	P		
SUB TOTAL		13	0	0%
RESULTADOS				
20	Cumple las metas señaladas para la Vigilancia de las IIH y ABL en el Plan en no menos del 80%	R		
SUB TOTAL		1	0%	
SUB TOTAL VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		20	0%	





SALUD AMBIENTAL				
Responsable:		Fecha:		Hora:
ESTRUCTURA				
21	Cuenta con Plan de Manejo de RSH.	E		
22	Cuenta con los insumos necesarios para cumplir sus funciones.	E		
23	Cuenta con los equipos para el acopio y transporte intermedio de los RSH.	E		
24	Dispone del personal capacitado de acuerdo a funciones.	E		
SUB TOTAL		4		0%
PROCESO				
25	Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en RSH.	P		
26	Controla puntos críticos de agua en: C. Quirúrgico, C. Obstétrico, Central de Esterilización, UCI, otros.	P		
27	Realiza limpieza y desinfección de reservorios de agua.	P		
28	Vigila y controla el manejo sanitario de los alimentos según normatividad vigente.	P		
29	Realiza el control de vectores de acuerdo a la Norma.	P		
30	Con Farmacia, supervisa manejo adecuado de productos limpiadores y desinfectantes de uso general.	P		
SUB TOTAL		6	0	0%
RESULTADOS				
31	Cumple por lo menos el 80% de las metas señaladas en el Plan de Actividades.	R		
SUB TOTAL		1		100%
SUB TOTAL SALUD AMBIENTAL		11	0	0%
TOTAL		31	0	0%





MICROBIOLOGIA

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cumple con los criterios de infraestructura, según norma	E		
2	Cuenta con equipos necesarios para el diagnóstico y antibiograma	E		
3	Dispone de insumos mínimos necesarios para el diagnóstico y antibiograma	E		
4	Cuenta con insumos de protección del personal en cantidad suficiente	E		
5	Cuenta con instrumentos para controlar temperaturas	E		
6	Cuenta con manuales de procedimientos	E		
7	Formato de solicitud de exámenes de laboratorio para hospitalización, con la información necesaria para la ayuda al diagnóstico	E		
8	Cuenta con formato estandarizado de informe de resultados con firma y sello de profesional calificado	E		
9	Dispone de stock temporal para cepas posibles IHH con fines de verificación	E		
10	Cuenta con todas las cepas referenciales ATCC necesarias y viables	E		
11	Cuenta con recursos humanos necesarios.	E		
12	El personal esta capacitado de acuerdo a sus funciones.	E		
SUB TOTAL		12	0	0%
PROCESO				
13	Almacena los insumos adecuadamente	P		
14	Realiza pruebas de diagnóstico de acuerdo al nivel de complejidad	P		
15	Utiliza sangre de carnero en casos necesarios	P		
16	Realiza pruebas adicionales de resistencia, BLEE, MRSA, MLS y VRE	P		
17	Emite oportunamente los resultados de acuerdo al tipo de muestra y análisis	P		
18	Informa resultados de sensibilidad antimicrobiana al CIHH, según muestras, microorganismos y servicios	P		
19	Utiliza software actualizado de VR ATM	P		
20	Realiza control de calidad de insumos de las pruebas para diagnóstico microbiológico	P		
21	Controla los medios y discos de sensibilidad antimicrobiana	P		
22	Cumple con las normas de bioseguridad dispuestas en el laboratorio	P		
23	Controla y registra la temperatura de estufas, refrigeradora y congeladora	P		
24	Participa del Programa de Evaluación Externa (PEED) del Laboratorio de Referencia	P		
25	Coordina con servicios para optimizar desempeño en calidad de muestras. Llenado de órdenes e interpretación de los resultados.	P		
26	No informa de rutina la sensibilidad a los antibióticos de uso restringido por el CIHH y Comité Farmacológico	P		
27	Estudia los brotes de IHH con orientación epidemiológica y envía cepas al Laboratorio de Referencia.	P		
SUB TOTAL		15	0	0%
RESULTADOS				
28	Los resultados del Programa de Evaluación Externa (PEED), son satisfactorios de acuerdo al nivel de complejidad del hospital	R		
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		
SUB TOTAL		2		0%
TOTAL		29	0	0%





FARMACIA

Responsable:		Fecha:		Hora:
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		
2	Cuenta con los ATM identificados como necesarios para el hospital.	E		
3	Los ATM no considerados en el Peñonero Nacional de Medicamentos Esenciales (PNME) vigente disponibles en farmacia, son aprobadas por Comité Farmacológico.	E		
4	Dispone de antisépticos y diluciones según especificaciones del CIH y documentos técnicos farmacéuticos normativos.	E		
5	Dispone de hojas amarillas para notificación de Reacción adversa a medicamentos relacionados con el uso de ATM.	E		
6	Dispone de documentos normativos actualizados.	E		
7	Cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados.	E		
8	Responsable de almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.	E		
SUB TOTAL		8	0	0%
PROCESO				
9	Supervisa y controla los medicamentos e insumos de su responsabilidad de uso en los servicios del hospital.	P		
10	Controla la dispensación de antibióticos de uso restringido (ATMR).	P		
11	Controla los antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.	P		
12	Responsable de la preparación de diluciones de los antisépticos y desinfectantes.	P		
13	Responsable del expendio de antisépticos y desinfectantes.	P		
14	Realiza capacitaciones a nivel local.	P		
15	Desarrolla estudios de utilización de ATM, antisépticos y desinfectantes.	P		
16	Responsable de elaboración de las fórmulas estériles: NPT, mezclas intravenosas y otras.	P		
SUB TOTAL		7	0	0%
RESULTADOS				
17	Cumple metas programadas para Farmacia en VPC IIH en no menos del 80%.	R		
SUB TOTAL		1		
TOTAL		16	0	0%





CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN				
ESTRUCTURA				
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma	E		
2	Dispone de equipos e insumos de limpieza y descontaminación recomendados.	E		
3	Cuenta con equipos e insumos de secado recomendados.	E		
4	Cuenta con los empaques recomendados.	E		
5	Dispone de equipos esterilizadores operativos y validados.	E		
6	Cuenta con controles físicos, químicos y biológicos necesarios y normados.	E		
7	Cuenta con un programa efectivo de mantenimiento de equipos.	E		
8	Cuenta con personal capacitado para realizar las funciones.	E		
SUB TOTAL		8	0	0%
PROCESO				
9	La jefatura de CE conduce, controla, supervisa y registra todas las etapas del proceso	P		
10	Participa activamente en las especificaciones técnicas para compra de materiales e insumos del servicio.	P		
11	En caso de tercerización, registra la certificación de garantía de calidad.	P		
12	Controla y registra los procesos de limpieza y descontaminación.	P		
13	Controla y registra los procesos de secado.	P		
14	Controla y registra los procesos de empaquetado.	P		
15	Controla y registra el proceso de esterilización.	P		
16	El material esterilizado se almacena según norma.	P		
17	Mantiene un stock mínimo de insumos estériles.	P		
18	Previene y control el riesgo ocupacional.	P		
19	Reporta incidencias, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente.	P		
SUB TOTAL		10	0	0%
RESULTADOS				
20	El 100% de lotes entregados con garantía de esterilidad.	R		
SUB TOTAL		1		0%
SUB TOTAL CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN		19	0	0%





CENTRO QUIRÚRGICO

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma.			
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.			
3	Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.			
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.			
5	Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.			
6	Cuenta con material e insumos para el manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios.			
7	Se controla profilaxis quirúrgica de acuerdo a norma.			
SUB TOTAL		7	0	0%
PROCESO				
8	Se cumple con medidas de prevención y control de IRI (especialmente lavado de manos, antisepsia de piel) y Accidentes Biológico Laborales (ABL).			
9	Cirujanos, residentes, internos, enfermeros y otros, cumplen medidas de prevención, control y ABL.			
10	Manejo de RSH según norma.			
11	Utilizan equipos e insumos estériles de ventilación y anestesia por paciente.			
12	Cumple con el Programa de Mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, de gases y vacío.			
13	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma.			
14	Uso de drenaje aspirativo en circuito cerrado y sacados por contrabertura.			
15	Se evita rizado. Si es pertinente se recorta vello o rizado con técnica aséptica < 30 minutos antes de la intervención.			
16	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas o pinchazos, se reporta a UEH para el seguimiento.			
17	Conocimiento de la incidencia de Infección de Herida Operatoria y de acciones de prevención y control.			
SUB TOTAL		10	0	0%
RESULTADOS				
18	El 100% de cirujanos cumple con las normas del lavado quirúrgico.			
19	Incremento porcentual del cumplimiento en el procedimiento de rizado o recorte de vello.			
20	Reducción porcentual de la incidencia de las Infecciones más frecuentes.			
SUB TOTAL		3	0	0%
TOTAL		20	0	0%





CENTRO OBSTÉTRICO

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJ	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma.	E		
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.	E		
3	Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.	E		
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	E		
5	Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	E		
6	Cuenta con material e insumos para el manejo de los Residuos Sólidos Hospitalarios.	E		
7	Los equipos e insumos de reanimación del neonato se manejan de acuerdo a normas de prevención y control de IIH.	E		
SUB TOTAL		7	0	0%
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		
9	Manejo de RSH según norma.	P		
10	Durante el trabajo de parto no se realizan más de 4 tactos vaginales.	P		
11	Cuenta con un Programa de Mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos.	P		
12	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma.	P		
13	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas punzocortantes, se reporta a UEH para el seguimiento.	P		
14	Conocimiento de la incidencia de Infección de Herida Operatoria, Endometritis y de acciones de prevención y control.	P		
SUB TOTAL		7	0	0%
RESULTADOS				
15	Incremento en un 50% de gestantes con no más de 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto.	R		
16	Más del 90% del personal de CO cumple con las normas de lavado de manos.	R		
17	Reducción porcentual de la incidencia de las IIH seleccionadas (endometritis, IHO, otras).	R		
SUB TOTAL		3	0	
TOTAL		17	0	0%





UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Responsable:		Fecha:		Hora:	
N°	CRITERIO	PUNTA	J	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA					
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma.	E			
2	Cuenta con recursos humanos en número suficiente para la atención.	E			
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.	E			
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.	E			
5	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	E			
6	Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	E			
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica.	E			
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente.	E			
9	Cuenta con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con esquemas globales por pacientes.	E			
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no están con líquido, si no se utilizan de inmediato.	E			
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío.	E			
SUB TOTAL		11	0	0%	
PROCESO					
12	Utiliza fórmulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso.	P			
13	Se maneja Uso Racional de ATM.	P			
14	Manejo de RSH según norma.	P			
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad.	P			
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma.	P			
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzocortantes, se reporta a UEH.	P			
18	Conocimiento de la incidencia de IIH y de acciones de prevención y control.	P			
19	En caso de brotes o hiperendemias se toman medidas oportunas.	P			
SUB TOTAL		8	0	0%	
RESULTADOS					
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo.	R			
21	Reducción del número de brotes de IIH.	R			
22	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos.	R			
SUB TOTAL		3	0	0%	
TOTAL		22	0	0%	





HOSPITALIZACIÓN (MEDICINA)

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	E		
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	E		
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	E		
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones	E		
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH	E		
SUB TOTAL		5	0	0%
PROCESO				
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	P		
7	Se maneja Uso Racional de ATM	P		
8	Se maneja los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma	P		
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.	P		
10	Se cumple medidas de aislamiento según norma.	P		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.	P		
12	Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.	P		
SUB TOTAL		7	0	0%
RESULTADOS				
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	R		
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	R		
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	R		
SUB TOTAL		1	0	0%
TOTAL		13	0	0%





HOSPITALIZACIÓN (CIRUGÍA)

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	E		
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	E		
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	E		
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones	E		
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH	E		
SUB TOTAL		5	0	0%
PROCESO				
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	P		
7	Se maneja Uso Racional de ATM	P		
8	Se maneja los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma	P		
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.	P		
10	Se cumple medidas de aislamiento según norma.	P		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.	P		
12	Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.	P		
SUB TOTAL		7	0	0%
RESULTADOS				
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	R		
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	R		
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	R		
SUB TOTAL		2	0	0%
TOTAL		14	0	0%





HOSPITALIZACIÓN (OBSTETRICIA)

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	E		
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	E		
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	E		
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones	E		
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH	E		
SUB TOTAL		5	0	0%
PROCESO				
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	P		
7	Se maneja Uso Racional de ATM	P		
8	Se maneja los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma	P		
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.	P		
10	Se cumple medidas de aislamiento según norma.	P		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.	P		
12	Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.	P		
SUB TOTAL		7	0	0%
RESULTADOS				
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	R		
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	R		
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	R		
SUB TOTAL		1		
TOTAL		13	0	0%





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
Carlos Lanfranco La Hoz

HOSPITALIZACIÓN (GINECOLOGIA)

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	E		
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	E		
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	E		
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones	E		
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH	E		
SUB TOTAL		5	0	0%
PROCESO				
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	P		
7	Se maneja Uso Racional de ATM	P		
8	Se maneja los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma	P		
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.	P		
10	Se cumple medidas de aislamiento según norma.	P		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.	P		
12	Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.	P		
SUB TOTAL		7	0	0%
RESULTADOS				
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	R		
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	R		
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	R		
SUB TOTAL		1		
TOTAL		13	0	0%

BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL





HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	E		
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	E		
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	E		
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones	E		
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH	E		
SUB TOTAL		5	0	0%
PROCESO				
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	P		
7	Se maneja Uso Racional de ATM	P		
8	Se maneja los RSH según norma	P		
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma.	P		
10	Se cumple medidas de aislamiento según norma.	P		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.	P		
12	Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.	P		
SUB TOTAL		7	0	0%
RESULTADOS				
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	R		
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	R		
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	R		
SUB TOTAL		1	0	0%
TOTAL		13	0	0%





HOSPITALIZACIÓN NEONATOLOGÍA

Responsable:		Fecha:		Hora:
N°	CRITERIO	PUNTAJE	%	OBSERVACIONES
ESTRUCTURA				
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas	E		
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	E		
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	E		
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones	E		
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH	E		
SUB TOTAL		5	0	0%
PROCESO				
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros	P		
7	Se maneja Uso Racional de ATM	P		
8	Se maneja los RSH según norma (Anexo N°3)	P		
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma (Anexo N°8)	P		
10	Se cumple medidas de aislamiento según norma (Anexo N°8)	P		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad (Anexo N°2)	P		
12	Conocimiento de incidencia de IIH, asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.	P		
SUB TOTAL		7	0	0%
RESULTADOS				
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario	R		
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico	R		
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	R		
SUB TOTAL		2	0	0%
TOTAL		14	0	0%

