



HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”

Documento Técnico “Plan Anual de prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”

UNIDAD ORGÁNICA	RESPONSABLE	VºBº
Propuesto por	M.C. Julio César Cachay Rodríguez	 Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa Firmado digitalmente por CACHAY RODRIGUEZ, Julio Cesar FAU 20138100015 hard Motivo: Doy Vº Bº Fecha: 27.03.2025 10:29:15 -05:00
Cargo	Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	
Fecha		
Revisado por	M.C. Karina Arali Vidalón López	 Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa Firmado digitalmente por VIDALON LOPEZ Karina Arali FAU 20138100015 soft Motivo: Doy Vº Bº Fecha: 08.04.2025 09:25:29 -05:00
Cargo	Directora Ejecutiva de Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	
Fecha		
Aprobado por:	M.C. Alberto Gonzales Guzmán	
Cargo	Director General del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”	
Fecha		



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. FINALIDAD	2
III. OBJETIVOS	2
Objetivo General.	2
Objetivos Específicos.	2
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
V. BASE LEGAL	3
VI. CONTENIDO	4
6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)	4
6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO	9
6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI. ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI	18
6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS	21
6.4.1 Descripción operativa: Unidad de medida, metas. Cuadro N° 01	21
6.4.2 Costeo de las actividades por tarea. Cuadro N° 02	22
6.4.3 Cronograma de actividades.	22
6.4.4 Responsables para el desarrollo de cada actividad.	22
6.5 PRESUPUESTO 2025	23
6.6 FINANCIAMIENTO	23
6.7 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN	23
VII. RESPONSABILIDADES	23
VIII. ANEXOS	24
IX. BIBLIOGRAFÍA	25

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

I. INTRODUCCIÓN

El Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” (HEJCU) es un Hospital de Categoría III- E, y forma parte del conjunto de establecimientos de la DIRIS Lima Centro. El HEJCU es un centro especializado en la atención de urgencias y emergencias que presta servicios de atención ambulatoria y hospitalización. Cuenta con una sala de atención en Trauma-Shock, salas de reposo para mujeres y varones, y tópicos de atención en Cirugía, Ginecología y Pediatría. Asimismo, cuenta con 91 camas en sus áreas de internamiento en cuidados intensivos COVID 19 y no COVID 19 e intermedios, medicina, cirugía, neurocirugía y traumatología.

La tasa de infecciones intrahospitalarias del HEJCU durante el año 2024, se mantuvieron por debajo de los promedios históricos, nacionales y los correspondientes a establecimientos del tercer nivel de atención, en los eventos vigilados.

Durante los últimos años no se han reportado brotes de IIH, la vigilancia y el fortalecimiento de las medidas de prevención y control son sostenidos con énfasis en las áreas críticas.

En tal sentido, se elabora el presente documento, necesario para la implementación de las medidas de prevención y control, y como un instrumento de gestión que permitirá a los decisores efectuar el monitoreo para el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.

II. FINALIDAD

Contribuir con mejorar la atención de salud de pacientes que concurren al HEJCU en ambientes exentos de riesgo para la salud de la población que demanda atención segura y de calidad.

III. OBJETIVOS

Objetivo General.

Contribuir a la protección de la salud y la seguridad de pacientes, acompañantes y trabajadores, mediante la detección, reducción y control del riesgo que se puede generar por los procesos infecciosos asociados a las IAAS.

Objetivos Específicos.

1. Fortalecer las acciones de intervención para la prevención de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el HEJCU.
2. Fortalecer las actividades de prevención de infecciones y otras enfermedades de importancia para la salud pública en el HEJCU.
3. Establecer las actividades de control de infecciones intrahospitalarias en los Servicios y áreas hospitalarias sujetas a vigilancia.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan será de aplicación en todos los servicios, áreas asistenciales, y administrativas del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, consideradas críticas desde la óptica de prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención de salud.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Ley del Trabajo Médico, aprobado con Decreto Legislativo N° 559.
- Ley N° 27815. Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 29783-2011. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Resolución Ministerial N° 614-99-SA/DM/MINSA Comité Farmacológico modificada por Resolución Ministerial N° 116-2000-SA/DM/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA Manual de Aislamiento Hospitalario.
- Resolución Ministerial N° 753-2004-SA que aprueba la NT N° 020 MINSA/DGSP Norma Técnica para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 1240-2004/MINSA Política Nacional de Medicamentos.
- Resolución Ministerial. N° 184-2009/MINSA Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE-V.01 Directiva Sanitaria: Para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- RM: 168-2015/MINSA. Documento Técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención, y Control de la IAAS del 16 DE marzo del 2015.
- Resolución Ministerial N° 163 – 2020 – MINSA y ANEXOS. D.A N° 92 - Directiva de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud.
- Resolución Ministerial N°523-2020-MINSA. Aprueba la NTS N°163-MINSA/2020/CDC. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las IAAS.
- Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N.º 090-2022-MINSA. Del 22 de febrero del 2022. Aprueba la Directiva Administrativa N° 326 MINSA/OGPPM-022, Directiva para la formulación, seguimiento y evaluación de Planes Específicos en el MINSA.
- Resolución Directoral N° 082-2022-DG-HEJCU se aprobó la Directiva Administrativa N° 004-HEJCU-OEPP-2022. Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”.
- Resolución Directoral N° 215-2023-DG-HEJCU, Directiva Administrativa N° 004-2023-DG-HEJCU, Directiva Administrativa “Disposiciones para regular la

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

formulación, aprobación y difusión de documentos normativos del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

6.1.1 Infección Asociada a la Atención de Salud. (IAAS).

La infección asociada a la atención de la salud es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su(s) toxina(s), 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. Asimismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal de la salud.

Se excluyen de la definición de IAAS:

Infecciones asociadas a complicaciones o extensión de otra infección presente o en incubación al ingreso, a no ser que existan evidencias clínicas o de laboratorio que se trata de una nueva infección.

Infecciones del recién nacido adquiridas por vía transplacentaria (por ejemplo, herpes simple, toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus o sífilis) y se hacen evidentes dentro de las primeras 48 horas después del parto.

Las colonizaciones definidas como la presencia de microorganismos de la piel, membranas mucosas, heridas abiertas, excreciones o secreciones pero que no causan signos o Síntomas adversos al huésped.

Las inflamaciones generadas como respuesta del tejido a una lesión o estimulación por agentes no infecciosos (intervención quirúrgica).

6.1.2 Infección del torrente sanguíneo (ITS)

Incluye a las bacteriemias primarias (BAC) confirmada por laboratorio y las sepsis clínicas (SCLIN) asociadas al catéter central o umbilical, catéter periférico, catéter de diálisis, nutrición parenteral, entre otros. En el caso de una ITS asociada a catéter central, no se requiere un período mínimo en que la vía central deba estar instalada en el paciente.

6.1.3 Infección del tracto urinario (ITU)

Se consideran casos de ITU sintomáticas en pacientes con catéter urinario permanente, es decir, se considera IAAS cuando el paciente tiene el catéter urinario instalado en el momento de la aparición de la infección o en los siete días anteriores a ella.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

6.1.4 Neumonía (NEU)

Para las neumonías asociadas a ventilación mecánica, se considera que el paciente ha de estar intubado y ventilado en el momento de la aparición de los síntomas o estuvo ventilado en un plazo de hasta 48 horas antes de la aparición de la infección.

6.1.5 Infección de sitio quirúrgico (ISQ)

Se consideran posterior a cirugías:

- a. **Infección de sitio quirúrgico superficial (ISQS)**, compromete piel o tejido subcutáneo, ocurre dentro de los 30 días después del procedimiento quirúrgico y solo compromete piel o tejido subcutáneo de la incisión.
- b. **Infección de sitio quirúrgico profunda (ISQP)**, dentro de los 30 días posteriores al procedimiento quirúrgico si no se deja un implante en el lugar; o, dentro de 1 año si hay implante y la infección está relacionada con la cirugía y compromete tejidos blandos profundos, como fascia o capas musculares.

6.1.6 Endometritis puerperal

Es un cuadro infeccioso bacteriano que se confirma como primer criterio, cultivo positivo del líquido o del tejido endometrial, obtenidos durante un procedimiento quirúrgico, con aspiración por aguja o con biopsia por cepillado, así como también o como segundo criterio, dos de los siguientes síntomas: Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), dolor abdominal, sensibilidad uterina y drenaje purulento del útero. La endometritis puerperal puede ser por parto vaginal o por cesárea.

6.1.7 Medidas de prevención y control de IAAS.

Están centradas a cortar la cadena de transmisión mediante:

a. Precauciones estándares

1. Higiene de manos.
2. Uso de equipos de protección personal.
 - Guantes
 - Mascarillas
 - Protector facial
 - Uso de delantal o mandilón
3. Prevención de accidentes punzocortantes.
4. Higiene respiratoria y buenos hábitos al toser/estornudar.
5. Manejo de equipos, desechos y ropa de pacientes
 - a. Precauciones basadas en el mecanismo de transmisión.
 - b. Medidas de prevención específicas según la localización de la IAAS.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

6.1.8 Infección Intrahospitalaria (IIH)

Infección que se adquiere luego de 48 horas de permanecer en el Hospital y que el paciente no portaba a su ingreso. Solo en caso de neonatos se considera como IIH a la infección que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria. Incluye también las infecciones contraídas en el hospital pero que aparecen después que el paciente fue dado de alta y las que se registran entre el personal y los visitantes.

6.1.9 Definición de caso de IAAS:

Se considera IAAS siempre que reúna los siguientes criterios:

Asociación a un factor de riesgo vigilado

Se afirma que la IAAS es potencialmente causada por un factor de riesgo siempre y cuando no haya evidencia de alguna otra causa conocida.

Criterios específicos según el tipo de IAAS

Es la combinación de hallazgos clínicos, resultados de laboratorio y otras pruebas para cada tipo de IAAS.

6.1.10 Vigilancia epidemiológica de las IAAS:

Proceso continuo de recolección activa, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la frecuencia y distribución de las IAAS de notificación obligatoria y otras optativas, según prioridad de la IPRESS.

La selección de estos eventos es determinada, entre otros factores, por:

1. La necesidad de vigilar infecciones específicas.
2. La mayor frecuencia de un tipo particular de infección.
3. La posibilidad de que se trate de un agente patógeno de alta transmisibilidad.
4. Las infecciones que producen altas tasas de letalidad, aumentan la estancia Hospitalaria media o los costos terapéuticos.

6.1.11 Recolección de datos de la Visita es diaria a los servicios vigilados e incluye:

- a. Revisión de las fuentes de información (historia clínica, entrevista al paciente, cuidador y personal de la salud, libro de ingresos y egresos, libro de partos, reportes de laboratorio de microbiología.
- b. Registro en el formato de seguimiento de pacientes con factor de riesgo.
- c. En caso de sospecha de infección, aplicar los criterios de definición de caso y clasificarlo si corresponde o no a IAAS.
- d. Registro de los pacientes expuestos a factores de riesgo en el formato.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

6.1.12 Vigilancia de la exposición laboral a agentes patógenos de la sangre en el Personal de la salud.

Incluye: Los accidentes punzocortantes y salpicaduras.

6.1.13 Evaluación de la vigilancia.

- Se realiza mediante un estudio de prevalencia una vez al año.
- Realizado por personal debidamente entrenado en forma paralela a la Vigilancia realizada por el personal de la IPRESS.
- El porcentaje de sensibilidad aceptable es $\geq 80\%$.

6.1.14 Investigaciones epidemiológicas en brotes:

- a. Se considera como brote epidémico:
 - b. a. La ocurrencia de un mayor número de casos, en cantidad que supere a lo esperado (aumento a partir de un caso); o,
 - c. La aparición de un nuevo (primer) caso por un microorganismo (parásito, virus, bacterias y hongos) con nuevo perfil de resistencia en el servicio, IPRESS hospital; o
 - d. Cambio del perfil de resistencia a los antimicrobianos, dentro de un periodo, lugar y población específica.
 - e. Es conducido por epidemiología o el que haga sus veces con apoyo del Comité de Control de Infecciones y jefe del servicio clínico.
 - f. La notificación se realiza dentro de las 24 horas de constatado el evento, vía web y por correo electrónico al CDC - Perú.
 - g. La IPRESS conserva la cepa y coordina el envío con los Laboratorios Referencia Regional y Nacional del INS.
 - h. El INS emite el informe de confirmación diagnóstica especializada al CDC- Perú.
 - i. Los informes de brotes epidémicos (informe inicial, seguimiento y/o final) son elaborados por epidemiología de la IPRESS o quien haga sus veces con asistencia técnica del nivel regional o nacional según corresponda.
 - j. El CDC en coordinación con el INS, DIGIESP, DIGESA, DIGEMID, entre otros, elabora los informes de los brotes epidémicos, los cuales son remitidos a la Alta Dirección del MINSA.

6.1.15 Evento Adverso:

Es una Lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

6.1.16 Objetos punzocortantes:

Es un término médico que se refiere a dispositivos con puntas o bordes afilados que pueden perforar o cortar la piel. Los objetos punzo cortantes pueden usarse en el hogar, en el trabajo o en viajes para controlar los trastornos médicos de las personas o de sus mascotas.

6.1.17 Densidad de incidencia:

Mide el número de casos nuevos en una cantidad determinada de persona - tiempo en una población en riesgo, la cual está compuesta por aquellos que se encuentran expuestos y todavía no han sufrido la enfermedad. La densidad de incidencia indica la velocidad con la que van apareciendo los casos conforme se acumulan los tiempos de exposición de cada persona.

También denominada densidad de incidencia, expresa ocurrencia de Enfermedad entre la población en relación con unidades de tiempo-persona, por lo que mide la velocidad de ocurrencia de la enfermedad.

6.1.18 Medidas de bioseguridad

Denominada también bioprotección, definida como el conjunto de medidas destinadas a reducir el riesgo de pérdida, robo, uso incorrecto o liberación intencional de patógenos o toxinas, incluidas las relativas al acceso a las instalaciones, el almacenamiento de materiales y datos, y las políticas de publicación.

6.1.19 Catéter venoso central

Dispositivo intravascular de corta longitud que se instala en una vena periférica para administración de terapia endovenosa.

6.1.20 Catéter urinario permanente

Tubo de drenaje que se inserta en la vejiga urinaria a través de la uretra, queda implantado y está conectado a un circuito cerrado de colección de orina. No incluye dispositivos para cateterismo de descarga.

6.1.21 Ventilador mecánico

Dispositivo médico que se utiliza para ayudar al paciente a respirar o controlar la respiración continuamente, inclusive durante el período de transición en que se retira el dispositivo, a través de una traqueotomía o intubación endotraqueal. Los dispositivos de expansión de los pulmones, como los de ventilación intermitente con presión positiva (IPPV), los de presión nasal positiva a final de espiración (PEEP) y los de presión nasal positiva continua en vías aéreas (CPAP, hypoCPAP), no se consideran ventiladores mecánicos, a menos que el aire se entregue por traqueotomía o intubación endotraqueal.

6.1.22 Herida operatoria

Incisión o corte a través de la piel que se hace durante una cirugía. También se

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

denomina herida quirúrgica. Algunas incisiones son pequeñas, otras son grandes. El tamaño de la incisión depende de la clase de cirugía que se practicó.

6.1.23 Infección de herida operatoria

Infección del sitio quirúrgico es una infección que ocurre después de la cirugía en la parte del cuerpo donde se realizó la operación. La mayoría de los pacientes que tienen cirugías no contraen infecciones.

6.1.24 Residuos sólidos hospitalarios

Los Residuos Sólidos Hospitalarios o Biocontaminados (RSH) son residuos sólidos generados en los centros de atención de salud durante la prestación de servicios de hospitalización, diagnóstico, prevención, tratamiento y curación, incluyendo los generados en los laboratorios.

6.1.25 Listado de eventos sujetos a vigilancia epidemiológica obligatoria

N °	IAAS	FACTOR DE RIESGO	UPSS
1	Infección del torrente sanguíneo (Bacteriemia primaria y sepsis clínica).	Catéter venoso central (CVC)	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal, Neonatología.
		Catéter venoso periférico (CVP)	UCI Neonatal y Neonatología.
		Nutrición Parenteral Total (NPT)	UCI Adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal.
		Catéter para hemodiálisis	UCI Adultos.
2	Infección del tracto urinario	Catéter urinario permanente (CUP)	UCI Adultos, UCI Pediátricas, Medicina y Cirugía adultos y pediátrica.
3	Neumonía	Ventilador mecánico (VM)	UCI Adultos, UCI Pediátricas, UCI Neonatal.
4	Infección de sitio quirúrgico: superficial y profundo	Colecistectomía laparotomía por	Cirugía adultos y pediátrica.
		Colecistectomía laparoscopia con	
		Hernioplastia inguinal (HI)	Traumatología.
		Prótesis de cadera	
5	Endometritis puerperal	Parto Cesárea (PC)	Gineco-Obstetricia.
		Parto vaginal (PV)	
6	Exposición laboral a agentes patógenos de la sangre en personal de la salud	Accidentes punzocortantes y salpicaduras	Todos los servicios

* UCI Adultos incluye toda UCI que preste servicios a pacientes adultos críticamente enfermos, tales como: UCI cardiovascular, quirúrgica, médico/quirúrgica, traumatólogica, gineco-obstetricia, neuroquirúrgica, quemados, oncológica, entre otras.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes.

a. Densidad de Incidencia en infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central (CVC) UCI/UCIN – AÑO 2024.

En el **AÑO 2024**, se registró un total de **00 casos** de Infecciones del torrente sanguíneo asociado al uso de catéter venoso central, en UCI-UCIN, en 478 pacientes vigilados con 4741 días de exposición. Se tiene como parámetros de este indicador como promedios esperados 2.60 para la categoría del hospital, 1.18 para el promedio nacional y con un

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

promedio histórico de 0.22 y de 0.78 para el límite superior del IC 99%.

En los años **2016 - 2023**, no se presentaron casos asociados de IIH en pacientes portadores de CVC, aplicando los criterios de diagnóstico establecidos en el Manual de Epidemiología establecido para la vigilancia de infecciones intrahospitalarias. Todo este periodo sin Infecciones en el torrente sanguíneo, es el fruto de las buenas prácticas de bioseguridad y uso de elementos de protección personal, que se viene monitorizando regularmente. Históricamente en el año **2012** y **2011** se registraron **07** y **02 casos** respectivamente en los Servicios de UCI/UCIN.

b. Densidad de Incidencia en Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente (CUP) en UCI/UCIN AÑO 2024.

En el periodo **AÑO 2024** se registraron un total de **01 casos** de ITU asociado a Catéter Urinario Permanente con una tasa de 0.21 por 1000 días de exposición. Se tiene como parámetros de este indicador como promedios esperados 2.17 para la categoría del hospital, 1.98 para el promedio nacional y con un promedio histórico de 0.83 y de 1.92 para el límite superior del IC 99%.

En el **AÑO 2023** se registraron un total de **01 casos** de ITU asociado a Catéter Urinario Permanente con una tasa de 0.16 por 1000 días de exposición. En el **Año 2022** se registraron un total de **01 caso** de ITU asociado a Catéter Urinario Permanente con una tasa de 0.18 por 1000 días de exposición, durante el **2021** se registró un total de **01 casos** de ITU asociado a Catéter Urinario Permanente con una tasa de 0.23 x 1000 días de exposición, en el periodo **2020** se registró un total de 01 casos de ITU asociado a Catéter Urinario Permanente con una tasa de 0.29 x 1000 días de exposición, en los periodos **2019, 2018, 2017 y 2016** se registró un total de 00 casos de ITU asociado a Catéter Urinario Permanente, con relación al periodo **2015** se registró un total de **03 casos** de ITU asociado a Catéter Urinario Permanente con una tasa de 1.22 x 1000 días de exposición; con respecto al **2014** se registraron un total de **04 casos** de ITU asociado a Catéter Urinario Permanente, se tuvo una tasa de 1.51 x 1000 días de exposición, en el **2013** se registraron un total de **09 casos** con una tasa de 3.57 x 1000 días de exposición. Pudiéndose concluir que se ha mejorado la tasa con respecto a los años anteriores en el marco de los compromisos de mejora de los indicadores de calidad de atención.

c. Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (VM) UCI/UCIN AÑO 2024.

En el caso de los pacientes ingresados a Ventilación Mecánica, en el **AÑO 2024** se registró **00 caso** de Neumonía asociada a VM con una tasa de 0.00, habiéndose observado 319 pacientes con un total de 3029 días de exposición.

En el **AÑO 2024** para este indicador se ha considerado una tasa histórica de 2.00 por cada 1000 días de exposición, de 7.12 como promedio Nacional esperado y del 12.88 como promedio para la categoría por cada 1000 días de exposición y del 4.10 de límite superior del IC 99%. Encontrándose la tasa de 0.00 por debajo de los parámetros establecidos.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

En el **AÑO 2023** se registró **01 caso** de Neumonía asociada a VM con una tasa de 0.22, habiéndose observado 465 pacientes con un total de 4627 días de exposición. En el **Año 2022** se registró **01 caso** de Neumonías asociadas a VM con una tasa de 0.28, habiéndose observado 427 pacientes con un total de 3894 días de exposición, en pacientes ingresados a Ventilación Mecánica.

En el año **2021** y **2020** se registró 00 casos, en el caso de los pacientes ingresados a Ventilación Mecánica, correspondiente al **2019** se registraron **01** casos de Neumonía asociada a VM logrando vigilar 259 pacientes en un total de 2087 días de exposición, en el año **2018** se registraron **01 casos** de Neumonías asociadas a VM, habiéndose observado 244 pacientes con un total de 1818 días de exposición, durante el año **2017** se registraron **01 casos** de Neumonías asociadas a VM, habiéndose observado 252 pacientes con un total de 1815 días de exposición, con respecto al **2014** se registró un total **04 casos** de Neumonía, con una tasa de 2.77 x 1000 días de exposición; con relación a los **08 casos** de Neumonía, con una tasa de 4.96 x 1000 días de exposición del año **2013** y contra los **14 casos** del año **2012** que correspondió a una tasa de 9.31 x 1000 días de exposición.

d. Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente (CUP) Servicio de Medicina AÑO 2024.

En el Servicio de Medicina, para este **AÑO 2024** se registró 00 casos de ITU asociado a catéter urinario permanente, en 350 pacientes vigilados con 3005 días de exposición. En **II SEMESTRE 2024** se tiene como parámetros de este indicador como promedios esperados 2.59 para la categoría del hospital, 1.93 para el promedio nacional y con un promedio histórico de 0.44 y de 1.43 para el límite superior del IC 99%.

En el Servicio de Medicina, para los **AÑOS 2023, 2022, 2021 y 2020** se registró **00 casos** de ITU asociado a catéter urinario permanente. En el año **2016** se registró **01 caso** de ITU asociado a catéter urinario permanente, con una tasa de 0.67 en 255 pacientes vigilados con 1501 días de exposición, en aplicación estricta de la definición de caso establecida por la Dirección General de Epidemiología. El año **2015** se registró **01** caso de ITU, con una tasa de 0.61 x 1000 días de observación en 205 pacientes vigilados con 1632 días de exposición, El año **2014** no se registraron casos. El año **2013** se registró **01 caso** de ITU en pacientes portadores de CUP, con una tasa de 1.39 ITU por cada 1000 días de exposición a CUP, contra una tasa de 5.97 registrada el año **2012**.

e. Densidad de Incidencia de infección del Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente (CUP) Servicio de Cirugía – AÑO 2024.

En el Servicio de Cirugía no se registraron casos de ITU asociado a catéter urinario permanente durante el **AÑO 2024**, de un total de 162 pacientes observados con 1026 días de exposición, teniéndose como referencia un promedio histórico de 1.21, promedio nacional de 0.79, promedio para la categoría 1.07 y como límite superior de IC 99% de 4.02.

En el Servicio de Cirugía durante el periodo **2023** no se registraron casos de ITU

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

asociado a catéter urinario permanente, con 154 pacientes observados y 891 días de exposición. En el **2022** no se registraron casos de ITU asociado a catéter urinario permanente, con 135 pacientes observados y 774 días de exposición. En el **2021** no se registraron casos de ITU asociado a catéter urinario permanente, de un total de 97 pacientes observados con 479 días de exposición. En el **2020** no se registraron casos de ITU asociado a catéter urinario permanente, de un total de 104 pacientes observados con 611 días de exposición. En el **2019** no se registraron casos de ITU asociado a catéter, en un total de 142 pacientes observados con 698 días de exposición.

El periodo **2018**, No se registraron casos de ITU en un total de 112 pacientes observados con 533 días de exposición, manteniendo la casuística del **2016** y **2015**, sin embargo, el año **2012** se tuvo una tasa de 6.40 ITU por cada 1000 días de exposición, cifra que se encontró por encima del promedio nacional y el promedio por categoría.

f. Infección de Herida Operatoria: Colecistectomía - Servicio de Cirugía – AÑO 2024.

En el presente año 2024, durante el **AÑO 2024** se realizó el seguimiento de un total de 298 pacientes programados con resultado de **0 infecciones**. Considerando los parámetros establecidos por la DGE del MINSA se tiene como promedio Nacional 0.13 infecciones, promedio para la categoría 0.28.

En el año 2023, se realizó el seguimiento de un total de 329 pacientes programados con resultado de **0 infecciones**. En el Año 2022, se realizó el seguimiento de un total de 351 pacientes programados con resultado de **0 infecciones**. El año **2021** se realizó el seguimiento de un total de 97 pacientes programados con resultado de **0 infecciones**. En el año **2020** se realizó el seguimiento de un total de 107 pacientes programados con resultado de **0 infecciones**, en el periodo anterior se realizó el seguimiento de un total de 288 pacientes programados con resultado de **0 infecciones**, durante el periodo **2018** se realizó el seguimiento de un total de 124 pacientes programados con resultado de **0 infecciones** y en el año **2017** se tuvo 130 pacientes operados por Colecistectomía programada, también con 0 de tasa de incidencia.

g. Infección de Herida Operatoria: Hernio plastia Inguinal - Servicio de Cirugía – AÑO 2024.

Mediante el seguimiento cotidiano que se realiza en el hospital ante las infecciones intrahospitalarias, en **AÑO 2024** se desarrolló seguimiento a 42 pacientes operados por hernio plastia inguinal, obteniendo una tasa de incidencia de 0.00, dicho indicador está por debajo del promedio nacional y promedio de categoría.

En el **AÑO 2023** se desarrolló el seguimiento a 60 pacientes operados por hernio plastia inguinal, obteniendo una tasa de incidencia de 0.00. En el año **2022** se realizó el seguimiento de un total de 59 pacientes operados por hernio plastia inguinal programada, con 0.00 de tasa de incidencia. En el año **2021** se realizó el seguimiento de un total de 34 pacientes operados por hernio plastia inguinal programada, con 0.00 de tasa de incidencia. En el año **2020** se realizó el seguimiento de un total de 21 pacientes operados por hernio plastia inguinal programada, con 0.00 de tasa de incidencia. Considerándose las tasas de Promedio Nacional 0.32 y del Promedio para

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

la categoría de 0.34, en el periodo anterior, año **2019**, se realizó el seguimiento de un total de 43 pacientes operados por hernio plastia inguinal programada, con 0 de tasa de incidencia y en el año **2018** se realizó el seguimiento a un total de 25 pacientes operados por hernio plastia inguinal programada, con 0 de tasa de incidencia.

Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente – Indicador IAAS-PPR 2024

DEFINICIONES:

	VALOR DEL 2023	VALOR REFERENCIAL
VALOR UMBRAL	0.16	Tasa Referencial 2024 2.17
VALOR UMBRAL ELEGIDO	0.16	

LOGRO ESPERADO	Valor umbral menor o Tasa referencial
LOGRO ESPERADO ELEGIDO	2.17

INDICADOR			
Densidad de Incidencia	=	$\frac{\text{Numero de casos por IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Numero de días-procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo}} \times 1000$	
Periodo: 2024			
IAAS ELEGIDO:	Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente	$\frac{1}{4715} \times 1000 =$	0.21209

LOGRO ALCANZADO	Densidad de Incidencia:	0.21209
-----------------	--------------------------------	---------

INDICADOR			
Incidencia Acumulada	=	$\frac{\text{Numero de casos por IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Numero de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo}} \times 100$	
Periodo: 2024			
IAAS ELEGIDO:	Infección de Tracto Urinario Asociado a Catéter Urinario Permanente	$\frac{1}{482} \times 100 =$	0.20747

LOGRO ALCANZADO	Incidencia Acumulada:	0.20747
-----------------	------------------------------	---------

CALCULO DEL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

Calculo del Porcentaje de Cumplimiento de la Densidad de Incidencia			
=	$\frac{(\text{LOGRO ALCANZADO} - \text{VALOR UMBRAL})}{(\text{LOGRO ESPERADO} - \text{VALOR UMBRAL})} \times 100$		
	$\frac{0.21209 - 0.15694}{2.17000 - 0.15694} \times 100 = \frac{0.05515}{2.01306} \times 100 = 2.74$		

El Valor de la Densidad de Incidencia para la IAAS seleccionada que es Infección de Tracto Urinario por Catéter Urinario Permanente es de 0.21 el cual es mucho menor que el valor referencial del nivel de categoría que es de 2.17, es decir los resultados muestran que $0.21 < 2.17$ lo que expresa que el Logro Alcanzado es menor del valor referencial.

2024:

Densidad de Incidencia = 0.21

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

6.2.2 Problema (magnitud y caracterización)

PROBLEMA	FACTORES DE RIESGO	CAUSA DEL PROBLEMA	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	CATETER URINARIO PERMANENTE	MANIPULACION INADECUADA	SOCIALIZACION Y ACTUALIZACION PARA EDUCAR Y REFORZAR BUENAS PRACTICAS EN LOS TRABAJADORES MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: LAVADO DE MANOS - USO DE EPPs USO ADECUADO DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES REALIZAR MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN PERSONAL ASISTENCIAL DURANTE ATENCIÓN DIRECTA AL PACIENTE
		PACIENTE INMUNODEPRIMIDO	
		PACIENTE COLONIZADO	
		USO IRRACIONAL DE ANTIBIOTICOS	
NEUMONIAS	VENTILACION MECANICA	MANIPULACION E INFECCION CRUZADA	MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD MONITOREO DEL USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD
		PACIENTE COLONIZADO	
		ANTIBIOTICOTERAPIA INADECUADA	
INGRESO DE PACIENTES POR URGENCIA Y/O EMERGENCIA	HOSPITALIZACION	CONTAMINADOS, EN ESTADO DE ABANDONO, POLIMEDICADOS	ESTABLECER PROTOCOLOS DE INGRESO Y HOSPITALIZACION. SUMINISTRAR INFORMACIÓN PARA EDUCAR Y REFORZAR BUENAS PRÁCTICAS EN EL PERSONAL DE LA SALUD.

a) En el establecimiento de salud

El Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” (HEJCU), es un establecimiento del tercer nivel de atención, especializado en la atención de salud en urgencias y emergencias.

Esta peculiaridad ha llevado a la potenciación de servicios relacionados con las principales características de las atenciones que brinda la institución. Así, se cuenta con departamentos de Medicina, Cirugía, Traumatología, Neurocirugía, Anestesiología, Enfermería, Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Servicio Social y Nutrición.

El HEJCU brinda atención de emergencia, para lo cual cuenta con tópicos especializados, una sala de reposo para la observación y monitoreo de pacientes, y un área de trauma shock para la estabilización de los pacientes graves. Brinda también atención en

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

hospitalización en Medicina, Cirugía, Traumatología, Neurocirugía, Unidad de Cuidados Intermedios y en la Unidad de Cuidados Intensivos no COVID 19 y COVID 19.

Para ello, cuenta con 91 camas distribuidas de la siguiente manera:

Tabla N° 1. Distribución de Camas Hospitalarias

Servicio/Departamento	N° Camas
Unidad de Cuidados Intensivos	10
Unidad de Cuidados Intermedios	6
Unidad de Cuidados Intensivos COVID	4
Cirugía General	26
Neurocirugía	11
Traumatología	14
Medicina	20
TOTAL	91

Fuente: ASIS Hospitalario 2024. OESA-HEJCU

A diferencia de otros nosocomios del tercer nivel de atención, la atención de partos no es frecuente (sólo se atienden partos inminentes).

De acuerdo a las prestaciones de salud que brinda el HEJCU, para el 2024, se vigilarán los eventos que tienen los siguientes factores de riesgo.

Factor de Riesgo que determina el Ingreso al Sistema de Vigilancia de IAAS

Servicio / Área Hospitalaria	Factor de Riesgo Asociado
UCI/UCIN	Catéter Venoso Central Catéter Urinario Permanente Uso de Ventilador Mecánico
HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA	Catéter Urinario Permanente Catéter Venoso Central
HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Catéter Urinario Periférico Colecistectomía laparoscópica. Hernioplastia Inguinal

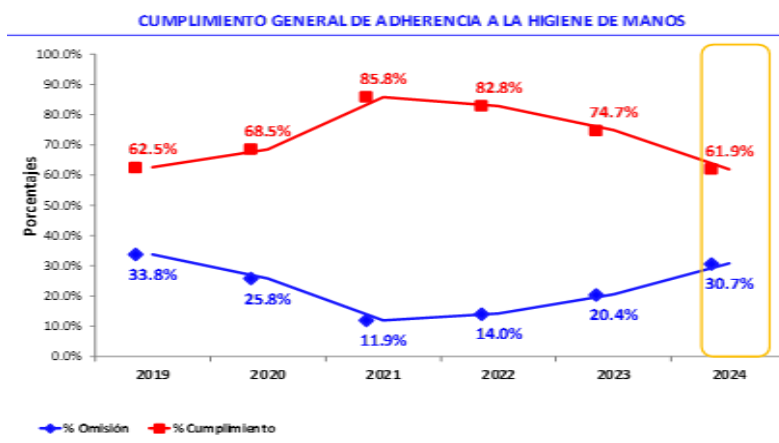
Fuente: OESA-HEJCU. 2024

b) De la adherencia al lavado de manos

A nivel general agrupando el total de las observaciones realizadas en el año 2024, el cumplimiento es de 61.89%, es decir que de 17492 oportunidades netas observadas solo se originaron 10825 acciones positivas en base a las sesiones monitoreadas en el hospital.

FORMULARIO DE CALCULO BÁSICO DE CUMPLIMIENTO POR CATEGORÍA PROFESIONAL															
Total por sesiones	Medico			Enfermera			Auxiliar			Otros Profesionales sanitarios			Total general		
	Op(n)	LM(n)	FM(n)	Op(n)	LM(n)	FM(n)	Op(n)	LM(n)	FM(n)	Op(n)	LM(n)	FM(n)	Op(n)	LM(n)	FM(n)
	8126	2197	3318	4444	1452	1715	3932	904	664	990	323	252	17492	4876	5949
Cálculo	Acc(n)= 5515			Acc(n)= 3167			Acc(n)= 1568			Acc(n)= 575			Acc(n)= 10825		
	Op(n)= 8126			Op(n)= 4444			Op(n)= 3932			Op(n)= 990			Op(n)= 17492		
Cumplimiento (%):	67.87			71.26			39.88			58.08			61.89		

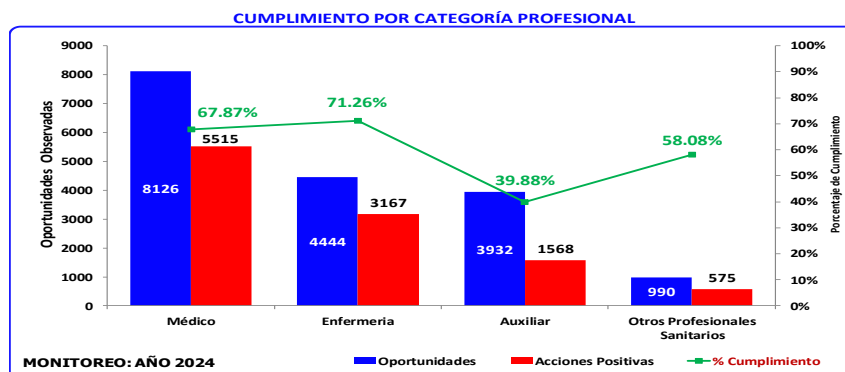
FUENTE: MONITOREO DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS - OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA - HEJCU.



FUENTE: VIGILANCIA DE HIGIENE DE MANOS - OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA – HEJCU.

A nivel general, agrupando el total de las observaciones realizadas en el año 2023 se aprecia que, el porcentaje de cumplimiento logró alcanzar **74.7%**, un porcentaje por encima de las acciones omitidas por los profesionales del hospital, asimismo se observa una tendencia al descenso en el último semestre de evaluación, siendo el porcentaje menor, esto indica que el personal de salud no cumple con lo indicado por el personal encargado de evaluar y capacitar sobre la práctica de Lavado de Manos.

En el año 2024 el porcentaje de cumplimiento obtenido fue de **61.9%**, observándose un decrecimiento preocupante ante la Adherencia de Higiene de Manos.



FUENTE: VIGILANCIA DE HIGIENE DE MANOS - OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA – HEJCU.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

Observando la figura de **CUMPLIMIENTO POR CATEGORÍA PROFESIONAL** se aprecia que la mayor proporción de cumplimiento lo posee la Categoría Profesional de Enfermera con un **71.26%**, seguido por la Categoría Profesional de Médico con un **67.87%** de cumplimiento, la Categoría Profesional de Auxiliar con un **39.88%** de cumplimiento y finalmente Otros Profesionales Sanitarios con un **58.08%** de cumplimiento, lo que refleja que en su mayoría de profesionales por categoría desarrolla acciones de higiene de manos.

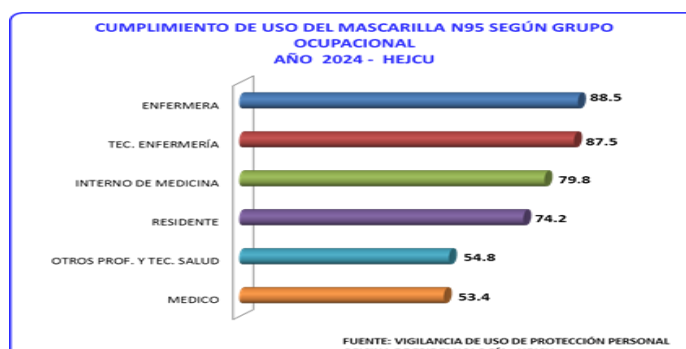
c) Uso de elementos de protección personal (EPPs) por lostrabajadores del HEJCU.

CUMPLIMIENTO DEL USO DE EPP POR GRUPO OCUPACIONAL AÑO 2024 - HEJCU															
PERIODO	GRUPO OCUPACIONAL	PERSONAL OBSERVADO		USO DE GUANTES		USO MANDILÓN		USO DE GORRO		USO DE MASCARILLA N95		USO DE GAFAS		USO DE UNIFORME	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AÑO 2024	MEDICO	625	17.1	322	51.5	204	32.6	176	28.2	334	53.4	67	10.7	617	98.7
	ENFERMERA	1286	35.2	1053	81.9	949	73.8	961	74.7	1138	88.5	279	21.7	1280	99.5
	TEC. ENFERMERIA	1086	29.8	940	86.6	818	75.3	831	76.5	950	87.5	163	15.0	1084	99.8
	INTERNO DE MEDICINA	163	4.5	124	76.1	89	54.6	62	38.0	130	79.8	25	15.3	162	99.4
	RESIDENTE	260	7.1	167	64.2	118	45.4	109	41.9	193	74.2	46	17.7	256	98.5
	OTROS PROF. Y TEC. SALUD	230	6.3	152	66.1	99	43.0	109	47.4	126	54.8	31	13.5	229	99.6
TOTAL GENERAL		3650	100.0	2758	75.6	2277	62.4	2248	61.6	2871	78.7	611	16.7	3628	99.4

FUENTE: VIGILANCIA DE USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - HEJCU.

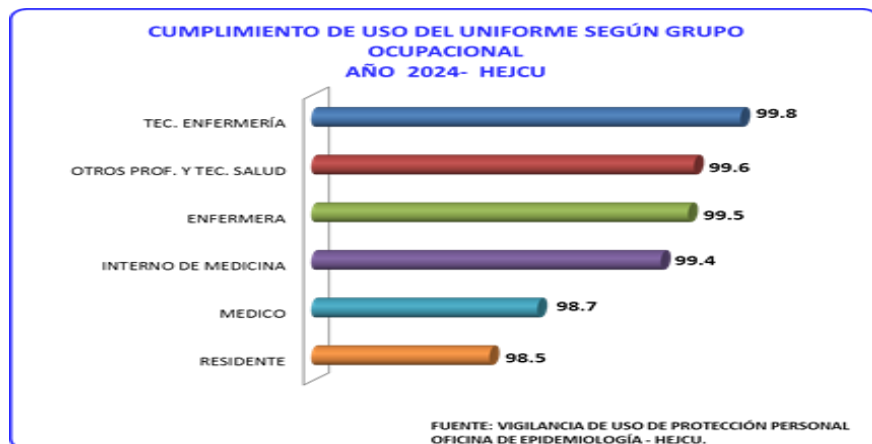


En el grafico se observa que, del monitoreo del cumplimiento del uso de EPP, Mascarillas, Mandilón y Guantes; el grupo ocupacional que presentan el mayor porcentaje de cumplimiento es Téc. Enfermería alcanzando el 86.6% en lo que refiere al Uso de Guantes.



	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

En el gráfico se aprecia que, del monitoreo del cumplimiento del uso de EPP, Mascarillas, Mandilón y Guantes, en cuanto al cumplimiento del Uso de Mascarilla N95 (respirador), el grupo que presentan el mayor porcentaje de cumplimiento es Enfermera, alcanzando el 88.5% y Tec. Enfermería alcanzando el 87.5%.



En cuanto al gráfico, el cual hace referencia al cumplimiento del Uso de Uniforme, se visualiza que el grupo ocupacional de Tec. Enfermería alcanzo el 99.8%, es decir que, el personal asistencial evaluado con respecto a este ítem, en su totalidad se encontraba debidamente uniformado.

6.2.4. Población Objetivo

Pacientes y el personal de la salud del HEJCU.

6.2.5. Alternativas de solución

Ver en el cuadro inicial. 6.2.3

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI. ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

Las actividades correspondientes a la prevención y control de infecciones forman parte de las actividades programadas de las distintas oficinas y servicios y están incorporadas dentro del Plan Operativo Institucional Anual (POI) 2025 consistente con el PIA del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”. Ver: **CUADRO N°1.**

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI/ARTICULACION OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

MARCO ESTRATÉGICO		OBJETIVO DEL PLAN	ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA Y OPERATIVA								
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL		CATEGORIA PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL	ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN	CENTRO DE COSTOS
OEI.01. PREVENIR, VIGILAR, CONTROLAR Y REDUCIR EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES, DAÑOS Y CONDICIONES QUE AFECTAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN, CON ÉNFASIS EN LAS PRIORIDADES NACIONALES	AEI.01.03 Vigilancia y control de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria	Contribuir a la protección de la salud y la seguridad de pacientes, acompañantes y trabajadores, mediante la detección, reducción y control del riesgo que se puede generar por los procesos infecciosos asociados a las IAAS.	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos.	5001286 Vigilancia y Control Epidemiológico	AOI000146000 41 Vigilancia y Control Epidemiológico	1. Fortalecer las acciones de intervención para la prevención de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el HEJCU.	Coordinación con Oficina de Epidemiología la Elaboración y Aprobación del Plan de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias IAAS	PLAN	1	OESA CPCIAAS	OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
							Determinar las áreas, servicios y eventos críticos objeto de la vigilancia epidemiológica de IAAS	ACTA DE REUNION	1	CPCIAAS	
							Participar inopinadamente con la vigilancia de los pacientes con factores de riesgo frente a IAAS (CARE BUNDLE-Medidas Aplicadas para la prevención de IAAS)	INFORME	12	CPCIAAS OESA OGC	
							Aprobar informes mensuales según plazos establecidos	INFORME	12	CPCIAAS	
							Participar en las actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores en especial en casos de TBC y otras enfermedades de riesgo para la salud del trabajador	INFORME	4	CPCIAAS OESA EFSST	
							Monitorear el cumplimiento de las estrategias establecidas en los Lineamientos de Prevención y Control de las IAAS	INFORME	2	OGC OESA	
							Apoyar en la ejecución del estudio anual de prevalencia de IAAS en el HEJCU	INFORME	1	OESA	
							Revisar y difundir el mapa microbiológico	INFORME	4	DPC OESA	
							Revisar y solicitar los resultados de la vigilancia de los trabajadores expuestos a riesgos biológicos.	INFORME	4	OESA	
						2. Fortalecer las actividades de prevención de infecciones y otras enfermedades de importancia para la salud publica en el HEJCU.	Participa Impulsando las actividades para la evaluación médica de TBC de los trabajadores	INFORME	4	CPCIAAS UFSST	
							Desarrollar actividades de actualización en Bioseguridad Hospitalaria	REUNION DE ACTUALIZAION	1	CPCIAAS OESA	
							Apoya en el desarrollo de actividades de inducción en bioseguridad en el personal hospitalario (alumnos, personal rotante, personal de limpieza)	INFORME	4	OESA	
							Participar en la supervisión del cumplimiento de las medidas de Bioseguridad Hospitalaria	INFORME	4	OESA OGC CPCIAAS	
							Apoya y evalúa la adherencia a la higiene de manos en el establecimiento "Una atención limpia es una atención segura".	INFORME	12	OESA OGC JEF. DEP. Y SERV.	
							Establece recomendaciones para la prevención de las IAAS	INFORME	12	CPCIAAS OESA	
							Vigilar el cumplimiento de las normas vigentes para el uso racional de antimicrobianos	DOCUMENTOS EMITIDOS	4	CPCIAAS	
						3. Establecer las actividades de control de infecciones intrahospitalarias en los Servicios y áreas hospitalarias sujetas a vigilancia.	Participa en la investigación de casos de IAAS confirmados y/o sospechosos	INFORME	12	OESA	
							Identificar y desarrollar las actividades de diagnóstico y tratamiento de casos de TBC en usuarios y trabajadores	INFORME	4	OESA CPCIAAS	
							Revisa y aprueba el Informe de la Aplicación de la Guía de Evaluación Interna, de RM N° 523-2007/MNSA	INFORME	2	OESA CPCIAAS	
							Participa en las acciones de control frente a potenciales brotes de IAAS	INFORME	4	OESA CPCIAAS JEF. DEP. Y SERV.	
TOTAL									104		

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

CUADRO N° 1

MATRIZ DE INDICADORES DEL “Plan Anual de prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del HEJCU”					
OBJETIVOS	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META	FUENTE DE INFORMACION	RESPONSABLE
OBJETIVO GENERAL Contribuir a la protección de la salud y la seguridad de pacientes, acompañantes y trabajadores, mediante la detección, reducción y control del riesgo que se puede generar por los procesos infecciosos asociados a las IAAS.	$\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades programados}} \times 100$	INFORMES	104	Informes emitidos	CPCIAAS
OBJETIVO ESPECÍFICO 1 Fortalecer las acciones de intervención para la prevención de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el HEJCU.	$\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades programados}} \times 100$	INFORMES	41	Informes emitidos	CCPIAAS
OBJETIVO ESPECIFICO 2 Fortalecer las actividades de prevención de infecciones y otras enfermedades de importancia para la salud publica en el HEJCU.	$\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades programados}} \times 100$	INFORMES	41	Informes emitidos	
OBJETIVO ESPECIFICO 3 Establecer las actividades de control de infecciones intrahospitalarias en los Servicios y áreas hospitalarias sujetas a vigilancia.	$\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades programadas}} \times 100$	INFORMES	22	Informes emitidos	

Indicador de evaluación:	$\frac{\text{Numero de actividades realizadas}}{\text{Número de actividades programadas}} \times 100$
---------------------------------	---

Valoración:	ACEPTABLE: Mayor a 80% a 100% REGULAR: Mayor de 60% a 80% DEFICIENTE: Menor a 60%
--------------------	--

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

Actividades por objetivos específicos.

Ítem	Objetivos Específicos	Actividades	Unidad de Medida	Meta anual	TRIMESTRE				Responsables	TOTAL
					I	II	III	IV		
1	Fortalecer las acciones de intervención para la prevención de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el HEJCU.	Coordinación con Oficina de Epidemiología la Elaboración y Aprobación del Plan de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias IAAS	Plan	1	1	-	-	-	OESA CPC-IAAS	18,834.33
		Determinar las áreas, servicios y eventos críticos objeto de la vigilancia epidemiológica de IAAS	Acta de Reunión	1	1	-	-	-	CPC-IAAS	
		Participar inopinadamente con la vigilancia de los pacientes con factores de riesgo frente a IAAS (CARE BUNDLE-medidas aplicadas para la prevención de IAAS)	Informe	12	3	3	3	3	CPC-IAAS OESA OGC	
		Aprobar informes mensuales según plazos establecidos	Informe	12	3	3	3	3	CPC-IAAS	
		Participar en las actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores en especial en casos de TBC y otras enfermedades de riesgo para la salud del trabajador	Informe	4	1	1	1	1	CPC-IAAS OESA EFSST	
		Monitorear el cumplimiento de las estrategias establecidas en los Lineamientos de Prevención y Control de las IAAS	Informe	2	-	1	-	1	OGC OESA	
		Apoyar en la ejecución del estudio anual de prevalencia de IAAS en el HEJCU	Informe	1	-	-	-	1	OESA	
		Revisar y difundir el mapa microbiológico	Informe	4	1	1	1	1	OESA DPC	
		Revisar y solicitar los resultados de la vigilancia de los Trabajadores expuestos a riesgos biológicos.	Informe	4	1	1	1	1	OESA	
		Participa Impulsando las actividades para la evaluación médica de TBC de los trabajadores	Informe	4	1	1	1	1	CPC-IAAS OESA EFSST	
		Desarrollar actividades de actualización en Bioseguridad Hospitalaria	Reunión de Actualización	1	-	-	1	-	CC-IIHOESA	

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

Ítem	Objetivos Específicos	Actividades	Unidad de Medida	Meta anual	TRIMESTRE				Responsables	TOTAL
					I	II	III	IV		
2	Fortalecer las actividades de prevención de infecciones y otras enfermedades de importancia para la salud publica en el HEJCU	Apoya en el desarrollo de actividades de inducción en bioseguridad en el personal hospitalario (alumnos, personal rotante, personal de limpieza)	Informe	4	1	1	1	1	OESA	18,834.33
		Participar en la supervisión del cumplimiento de las medidas de Bioseguridad Hospitalaria	Informe	12	3	3	3	3	OESA	
									CPC-IAAS	
									Jefaturas de Departamentos	
		Apoya y evalúa la adherencia a la higiene de manos en el establecimiento: "una atención limpia es una atención segura"	Informe	12	3	3	3	3	CC-IIH	
									Jefaturas de Departamentos OESA	
		Establece recomendaciones para la prevención de las IAAS	Documentos Emitidos	4	1	1	1	1	CPC-IAAS	
Vigilar el cumplimiento de las normas vigentes para el uso racional de antimicrobianos	Informe	2	-	1	-	1	CPC-IAAS			
							PROA			
							Jefaturas de Departamentos			
3	Establecer las actividades de control de Infecciones intrahospitalarias en los Servicios y áreas hospitalarias sujetas a vigilancia.	Participa en la investigación de casos de IAAS confirmados y/o sospechosos	Informe	12	3	3	3	3	OESA	18,834.33
		Identificar y desarrollar las actividades de diagnóstico y tratamiento de casos de TBC en usuarios y trabajadores	Informe	4	1	1	1	1	OESA	
									CPC-IAAS	
		Revisa y aprueba el Informe de la Aplicación de la Guía de Evaluación Interna, de RM N° 523-2007/MINSA	Informe	2	-	1	-	1	OESA	
									CPC-IAAS	
		Participa en las acciones de control frente a potenciales brotes de IAAS	Informe	4	1	1	1	1	OESA	
									CPC-IAAS	
Jefaturas de Departamentos										
				104					56,503	

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

6.5 PRESUPUESTO 2025

Cuadro N° 03

FORMATO: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales.

Formato 1: "MATRIZ DE PROGRAMACION DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES" 2025																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Unidad Organizacional:			HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA"																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Estructura programática operativa													Estructura programática del presupuesto																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Objetivo General del Plan		Contribuir a optimizar la gestión hospitalaria mediante la vigilancia epidemiológica de las condiciones sanitarias y ambientales en el HEJCU a fin de lograr una atención limpia y segura en pacientes, trabajadores y público en general enfatizando en las prioridades nacionales.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDAD OPERATIVA	Unidad de Medida	PROGRAMACION DE METAS FISICAS												PROGRAMACION PRESUPUESTAL (\$)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
			MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	META FISICA ANUAL	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Generales de Gasto	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Total Presupuestal (\$)	Responsable																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	AEI 0403 Vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.	INFORME	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	Sin Producto	5001206 VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO	21	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000	\$/ 2,000

6.6 FINANCIAMIENTO

Recursos Ordinarios

6.7 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

- Reunión mensual del Comité: Evaluación y avance de metas.
- Monitoreo de la Adherencia al lavado de manos y Uso de EPP.
- Reunión mensual del Comité de Vigilancia de manejo de residuos sólidos hospitalarios.
- Registro en Libros de Actas.

VII. RESPONSABILIDADES

Los responsables de implementar el presente plan son:

Dirección General

Brindará el soporte político necesario para la ejecución del presente plan.

Comité de Prevención y Control de IAAS, establecido con Resolución Directoral N° 100-2024-DG-HEJCU.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

Reunión mensual del Comité

Monitoreo del cumplimiento de metas establecidas en el Plan anual.

Emitirá directivas y aprobará planes completarlos en el marco de la prevención y control de las IAAS.

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Realizará la vigilancia epidemiológica de las IAAS, así como de las prácticas de adherencia a la higiene de manos en los distintos Servicios del Instituto.

Brindará asesoría en el ámbito de su competencia a las Jefaturas de Departamentos en la elaboración de documentos técnicos para la prevención y control de IAAS.

Participará en las rondas de seguridad.

Vigilancia de la gestión de Residuos sólidos.

Departamentos y Servicios Asistenciales

Promoverá el uso racional de antimicrobianos, antisépticos y dispositivos médicos a través del monitoreo de su uso y a través de acciones de control en coordinación con la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, el Departamento de Medicina, el Comité Fármaco-terapéutico y el Departamento de Enfermería.

Personal Asistencial

Realizará sus actividades en estricto cumplimiento con las disposiciones de control de infecciones nacionales y locales.

Departamento de Enfermería

Elaborará guías de práctica de enfermería y “Care Bundle” de acuerdo con su competencia, que se ajusten al mejor estándar de cuidado al paciente y que cumplan con las disposiciones de prevención y control de infecciones nacionales y locales.

Participará en las rondas de seguridad

Unidad de Gestión de la Calidad

Realizará la asesoría técnica dentro de su competencia para la elaboración de las guías de práctica clínica y guías de enfermería que se ajusten a las disposiciones de prevención y control de infecciones nacionales y locales.

Oficinas Administrativas.

Brindaran el soporte técnico administrativo a fin de cumplir con los acuerdos establecidos por el Comité de Prevención y Control de IAAS.

VIII. ANEXOS

- Informe anual de Accidentes Punzocortantes HEJCU – 2024.
- Informe anual de Adherencia a la Higiene de Manos y Uso de EPP y Bioseguridad HEJCU – 2024.

	Documento Técnico “Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa”	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
---	--	---

- Informe anual de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud HEJCU – 2024.
- Plan anual de Gestión del Manejo de Residuos sólidos hospitalarios 2024.
- Generación anual de residuos sólidos – 2024.

Versión digital disponible en la página web institucional.

<https://www.gob.pe/institucion/hejcu/informes-publicaciones/4752905-alertas-epidemiologicas>

IX. BIBLIOGRAFÍA

- “Manual de implementación del Programa de prevención de accidentes con materiales punzocortantes en servicios de salud”: Documento de difusión / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Ambiental -- Lima: Ministerio de Salud; 2011.
- “Prevención de Accidentes Punzocortantes y Exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre” como parte del “Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la Atención Materna Neonatal 2009-2012 y Publicado en la Página Web de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).
http://www.digesa.minsa.gob.pe/pw_deso/PLAN%20NACIONAL%2002-04-09.pdf
- Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud, aprobado con R.M. N° 768- 2010/MINSA.
- NTS N°163-MINSA/2020/CDC. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las IAAS. Material Bibliográfico de la OPS/OMS.
- Guía Técnica para investigación y control de brotes de la COVID-19 en instituciones con Resolución Ministerial N° 753-2004-SA que aprueba la NT N° 020 MINSA/DGSP Norma Técnica para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- RM: 168-2015/MINSA. Documento Técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención, y Control de la IAAS del 16 DE marzo del 2015.