

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 206-2011-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 28 de Septiembre 2011.

**Visto;** La Nota informativa N° 088-OGC-HVLH-2011, emitido por el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera"; donde solicita la aprobación del Plan Anual de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.

### CONSIDERANDO:

Que mediante D.S. N° 013-2002-SA, se aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, donde indica como componente básico de cada proceso organizacional a los usuarios del ámbito externo e interno, cuya satisfacción es el objetivo funcional asignado al proceso; los funcionarios están a cargo del diseño, rediseño y mejora continua del proceso organizacional asignado para lograr en su objetivo funcional, y el objetivo funcional general del proceso y los objetivos funcionales específicos de los sub procesos;

Que, el artículo 73° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, establece que los Hospitales I, II, y III son responsables de prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, modificada por las Resoluciones Ministeriales N° 809-2006/MINSA, N° 205-2009/MINSA y N° 317-2009/MINSA, se aprobó la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V-02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", siendo de observancia obligatoria por las entidades que mantienen dependencia técnica y funcional en el ámbito nacional;

Que en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, las Organizaciones de Salud, establecen y desarrollan las acciones pertinentes de Gestión de la Calidad, a fin de mejorar sus procesos, sus resultados y la satisfacción de sus usuarios y trabajadores.

Que el Plan de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, elaborado por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias; constituye un instrumento normativo, cuyas disposiciones están dirigidas a evitar problemas infecciosos en el Hospital "Víctor Larco Herrera", por lo que es necesario su aprobación.

Estando a lo informado por el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad

Con el visado del Jefe del Departamento de Apoyo Médico Complementario y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera" y;



De conformidad con lo previsto en el literal c) y d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el Documento Denominado: "**PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS - HVLH**", para su aplicación en el Hospital "Víctor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios (4) forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** La Oficina de Gestión de la Calidad, es la responsable de la difusión e implementación del citado Documento.

**Artículo 3°.-** Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

**Artículo 4°.-** Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar el referido Documento Técnico en el portal de internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".



Regístrese y Comuníquese

**MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"**

*[Signature]*  
M<sup>te.</sup> Edward Danilo Mandari Durán  
DIRECTOR GENERAL (a)  
C.R. 21826

EDMD/UJH/FJA/

**Distribución:**

- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Oficina de Control Interno
- Unidades Orgánicas
- Archivo.

**HOSPITAL "VICTOR LARCO  
HERRERA"**

**COMITÉ DE INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS**

**PLAN DE PREVENCIÓN Y  
CONTROL DE LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS**

**2011**



## INDICE

I.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	1
II.- OBJETIVO	1
III.- METAS	1
V.- ACTIVIDADES A DESARROLLAR	2
VI.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	4



### I.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

El Hospital "Víctor Larco Herrera", de categoría II-1, alberga a 375 pacientes, cuenta con un total de 602 camas presupuestadas, N° de camas rotativas (ofertadas) 228, N° de camas cautivas 374; con la siguiente distribución: Pabellón 4: 80; Pabellón 2: 67; Pabellón 1: 60; Adicciones: 60; Pabellón 5: 56; pabellón 12-13: 54; Pabellón 9: 42; Pabellón 8: 39; Medicina UCE- Geriátricos: 30; Emergencia: 24; Judiciales (INPE): 12; Medicina UCE: 12; casa Hogar:

La Unidad de Cuidados Especiales UCE con capacidad para 12 camas con un ingreso promedio de 120 pacientes de los cuales presentan diversas patologías siendo de mayor frecuencia, las infecciones urinarias, las neumonías y las enterocolitis bacterianas.


En el presente Plan se impulsará las actividades tendientes a prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias, siendo un factor importante a considerar: el lavado de manos así como la constante asepsia de los ambientes donde se encuentran hospitalizados los pacientes y dotar de mejores condiciones de asepsia y desinfección del tópic de cirugía en el ambiente de UCE, así mismo promover la apertura de un ambiente para pacientes infectados.

### II.- OBJETIVO.

- 1.- Prevenir y controlar las Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital "Víctor Larco Herrera" en el año 2011 en un 70% menor con respecto al 2010.
- 2.- Obtener un ambiente de aislamiento para pacientes con enfermedades infectocontagiosas de alto riesgo.

### III.- METAS.

- Incrementar la proporción de trabajadores de salud que se lavan las manos para realizar manipulación de pacientes ó cuando realizan procedimientos invasivos, de un 80% hasta un 100% hacia fines del 2011 en el Hospital "Víctor Larco Herrera"

  
EL COMITÉ DE INFECCIONES HOSPITALARIAS



- Que todos los servicios del Hospital "Víctor Larco Herrera" cuenten con protocolo de lavado de manos aprobado e implementado.
- Los servicios críticos ( UCE, Odontología, Laboratorio, Cirugía menor, Emergencia, etc.), cuenten permanentemente con insumos para el lavado de manos (jabón, alcohol gel, papel toalla, etc.).
- Capacitación y Sensibilización en cada servicio del Hospital, al 100% del personal asistencial sobre técnica de lavado de manos así como el empleo de mascarillas cuando el caso lo requiera.
- Capacitar al personal de cada servicio sobre el manejo y guardado de los residuos contaminantes (agujas, jeringas, hojas de bisturí, etc.).

#### IV. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- a).- Elaborar y adecuar normas locales relacionadas con:
- Lavado de manos clínico
  - Lavado de manos quirúrgico
  - Uso racional de antisépticos y desinfectantes.
  - Empleo de mascarillas para el personal y pacientes con TBC.
- b).- Implementación de material e insumos para el lavado de manos
- c).- Desarrollo de actividades de capacitación.
- Realización de reuniones técnicas bimensuales sobre medidas de prevención y control de IIH, dirigida al personal médico, de enfermería y personal técnico.
  - Reuniones mensuales de análisis crítico grupal sobre la situación actual de alguna medida general de prevención de IIH en el Hospital.
  - Elaboración de material de información sobre medidas generales de prevención de IIH.
- d).- Supervisión en el cumplimiento de normas para prevención y control de IIH.
- Elaboración de pautas e instrumentos: Listado de chequeo para la supervisión del lavado de manos.
  - Aplicación de las pautas e instrumentos de supervisión.

DE SALUD  
Hospital "Víctor Larco Herrera"  
*[Firma]*  
DR. JOSÉ HERNÁNDEZ GARCÍA  
2017/2018



- Análisis de resultados de la supervisión al personal del servicio al término de cada supervisión, para la aplicación de medidas correctivas.

e).- Evaluación

- Control de tuberculosis al personal del Hospital
- Accidentes punzocortantes en el personal del Hospital.
- Manejo de los residuos sólidos que genera el Hospital
- Evaluación logro de objetivos
- Elaboración de Informe Anual.

f).- Uso racional de Antimicrobianos.

- Evitar ó retardar la aparición de cepas resistentes a los microbianos y los gérmenes existentes en el hospital, disminuir las reacciones adversas a antimicrobianos y disminuir los costos hospitalarios de los pacientes.
- Manejo de residuos sólidos que genera el Hospital
- Evaluación de accidentes punzocortantes originados por el personal del hospital.
- Reuniones mensuales de análisis crítico grupal sobre situación actual de las medidas generales de prevención de IIH en el Hospital.

COMITÉ DE INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS  
*[Firma]*  
COMITÉ DE INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

COMPONENTE	ACTIVIDAD	CRONOGRAMA						RESPONSABLE
		Enero	Mayo	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Normatividad Local	Implementación de las Normas de Lavado de manos y uso de mascarillas	X			X			Dirección General del Comité de IHH
	Directiva de uso de antisépticos y desinfectantes	X			X			Dirección General del Comité de IHH
	Elaborar metodología de Programación de insumos		X					Dirección General del Comité de IHH
	Elaboración de Instrumentos de Supervisión.	X						Comité IHH
Capacitación, Información, Comunicación.	Difusión de las Normas	X	X					Dirección General del Comité de IHH
	Capacitación al Personal Profesional del Hospital		X		X			Dirección General del Comité de IHH
	Capacitación al Personal Técnicos del Hospital		X		X			Dirección General del Comité de IHH
	Elaboración de Material de Difusión.		X					Dirección General del Comité de IHH
Normatividad Local	Aplicación de instrumentos		X		X			Comité IHH
	Análisis de resultados de supervisión y entrega de informe a DG.		X		X			Comité IHH
Evaluación	Evaluación de logro de objetivos y entrega de informe a DG		X				X	Comité IHH
	Elaboración de Informe Anual y entrega de Informe a DG.						X	Comité IHH

