

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 206 -2016- DG-HVLH

Magdalena del Mar, 04 de Julio de 2016

Visto; la Nota Informativa N° 129-OESA-HVLH-2016, emitido por el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley 26842 - Ley General de Salud, establece, que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado, regularla y promoverla; siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea y 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;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 753-2004-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP – “Norma Técnica para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias”, cuyo propósito es contribuir a mejorar la calidad de los servicios hospitalarios reduciendo el impacto negativo de las infecciones intrahospitalarias y maximizar el beneficio obtenido mediante las actividades de prevención y control locales;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, se aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia y Control de las Infecciones Intrahospitalarias; la misma que contiene los criterios para indicadores de monitoreo y supervisión, diseñadas acorde a los documentos técnicos vigentes, asimismo brinda información válida a todas las instancias, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de la atención de los servicios hospitalarios, reduciendo el impacto negativo de las infecciones intrahospitalarias;

Que, la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) del Hospital Víctor Larco Herrera, es el ente responsable de coordinar actividades de Vigilancia, prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud conjuntamente con el Comité de IAAS, así como de realizar la Evaluación de las mismas.

Que, en este sentido el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Víctor Larco Herrera, mediante Nota Informativa N° 129-OESA-HVLH-2016, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital el “Plan de Fortalecimiento de la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)”, del Hospital Víctor Larco Herrera – 2016”; para su revisión y aprobación;

Que, mediante Nota Informativa N° 131- OEPE-HVLH-2016, la Jefatura de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, emite opinión técnica favorable, con la sola visación del documento técnico denominado “Plan de Fortalecimiento de la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) – 2016”, Hospital Víctor Larco Herrera 2016 y solicita a la Dirección General su aprobación;

Que, a fin de cumplir con los objetivos Institucionales es necesario emitir el correspondiente acto de administración;



Estando a lo propuesto por el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Víctor Larco Herrera;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental; de la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

De conformidad con las atribuciones prevista en el literal c) 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 FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)" - año 2016 del Hospital "Víctor Larco Herrera" el mismo que en anexo adjunto de fojas doce (12) debidamente visados, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.-Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Artículo 3°.-Encargar al Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera.

Regístrese y Comuníquese

Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"

.....
Med. Noemi Angélica Collado Guzmán
Directora General (e)
C.M.P. 17783 R.N.E. 7718

NACG/MYRV/.



HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL



PLAN DE FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)

2016





ÍNDICE

	PÁG
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVOS	
3.1. OBJETIVO GENERAL	3
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
IV. BASE LEGAL	3
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
VI. CONTENIDO	
6.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	4
6.2. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	6
VII. RESPONSABILIDADES	11
VIII. ANEXOS	7
IX. BIBLIOGRAFÍA	12





I. INTRODUCCIÓN

Dentro de los Indicadores del Convenio de Gestión se establecen Prioridades Sanitarias, Metas Institucionales, Desempeño de los Servicios de Salud y Compromisos de Mejora de los Servicios de Salud. Estos últimos son procesos facilitadores de la Mejora de los Servicios de Salud y la Gestión Institucional y su cumplimiento puede enunciarse como un Estándar. A su vez, uno de estos procesos facilitadores es el Fortalecimiento de la Prevención y Control de las IAAS.

La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA) del Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) es el ente responsable de coordinar actividades de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS conjuntamente con el Comité de IAAS, así como de realizar la Evaluación de las mismas.

El presente Plan incluye las actividades de Autoevaluación del Comité de IAAS, de la OESA, de los Servicios de Emergencia, de Hospitalización (Pabellones 1 y 20) y de la Unidad de Cuidados Especiales (UCE), teniendo en cuenta la Norma Técnica 523-2007/MINSA, Aplicación de la Guía y la Ficha para la Evaluación de Lavado de Manos.

II. FINALIDAD

Contribuir en el Mejoramiento Continuo de la calidad de los procesos de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS, a fin de Mantener en cero la prevalencia de IAAS en el HVLH.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la Prevención y Control de la IAAS en el HVLH 2016.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Aplicación de la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS. (RM No 523-2007/MINSA)

En el Comité de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS y en la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

En los servicios de Emergencia, Hospitalización (Pabellón 1 y 20) y en UCE del HVLH.

3.2.2. Supervisión del cumplimiento de la Práctica de Lavado de Manos por parte del personal médico y no médico, en Emergencia, Pabellones 1 y 20 y la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) del HVLH.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.





- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo 1153 (setiembre 2013), Artículo 15. Asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios. Entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos, y Gobiernos Regionales.
- Decreto Supremo N° 041-2014-SA del 31 de Diciembre de 2014, precisa las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015
- Decreto Supremo 116-2014-EF (Mayo 2014), establece los criterios técnicos y procedimientos para determinar el cálculo y pago al personal de salud.
- Decreto Supremo N° 005-2014-SA (Marzo 2014), aprueba un conjunto de indicadores y establece un grupo de medidas para su implementación, incluyendo la firma de convenios y acuerdos de gestión.
- RM 523-2007/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias".

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La aplicación y cumplimiento del presente Plan está dirigido a emergencia, los pabellones 1 y 20, y UCE. debe ser conocido por los Jefes de unidades, servicios y departamentos, y su cumplimiento es de carácter obligatorio.

VI. CONTENIDO.

6.1. CONSIDERACIONES GENERALES.

El proceso de autoevaluación de las IAAS se Implementará en el HVLH, a través del uso de metodologías e instrumentos estandarizados. Su aplicación periódica en los diferentes servicios e instancias de la institución así como el análisis de los resultados, permitirán la aplicación oportuna de medidas correctivas, contribuyendo de esta manera en la disminución de las IAAS (en nuestra institución, mantener en cero la prevalencia de IAAS) y en la mejora de la calidad de atención.

Puntualmente se ha programado una fecha de autoevaluación según el cronograma del presente plan, para el **lunes 27 de Junio del 2016.**

6.2. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- 6.2.1. Autoevaluación:** Proceso de evaluación mediante el cual el equipo técnico respectivo, recopila, consolida y analiza información sustantiva sobre la vigilancia prevención y control de IIH, a la luz de un conjunto de estándares o criterios previamente definidos y aceptados.
- Supervisión:** Interacción individual o grupal orientada al desarrollo de un proceso de enseñanza aprendizaje entre el supervisor y el supervisado. Evaluación Es la emisión de un juicio de valor que compara





los resultados obtenidos, con un patrón de referencia, para constatar los avances o logros de los objetivos de un plan o programa.

6.3. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

Diseño y organización del proceso. A partir de la Dirección General, en coordinación con el Comité de IAAS y la OESA.

6.3.1. ETAPA I: PRE EVALUACIÓN

Conformación del Equipo Evaluador. El equipo evaluador está conformado por:

- El Presidente del Comité de IAAS del establecimiento
- La enfermera a cargo de la vigilancia de IIH
- Un representante de la Unidad de Epidemiología
- Un representante de la Dirección del Hospital
- Un representante del servicio/área a evaluar

Elaboración del Plan de Autoevaluación. La elaboración del presente Plan se basa en las recomendaciones de la Implementación de los Planes de Mejora Institucional de IGSS según los Convenios establecidos y en el Plan Operativo Anual del HVLH, que el 2016, en la dimensión de Vigilancia de IAAS, señala las siguientes actividades:

Coordinaciones con el Comité Evaluador de Infecciones Intrahospitalarias	Reunión	12	3	3	3	3	OESA
Coordinaciones con el Equipo de Farmacovigilancia	Reunión	12	3	3	3	3	OESA
Coordinaciones Extrahospitalarias con Promoción Salud de la DISA	Reunión	12	3	3	3	3	OESA
Coordinaciones técnicas con equipos multidisciplinario para el Control de Brotes	Reunión	12	3	3	3	3	OESA
Reuniones técnicas con el Comité Infecciones Intrahospitalarias	Reunión	12	3	3	3	3	OESA
Reuniones técnicas con el Comité Bioseguridad HVLH	Reunión	12	3	3	3	3	OESA
Evaluación Anual de la OESA	Documento	1					OESA
Capacitación sobre riesgos laborales	Documento	2		2			OESA
Reuniones técnicas con el Comité de Seguridad del Paciente.	Documento	1		1			OESA
Capacitación sobre Bioseguridad e Infecciones Intrahospitalarias	Documento	1	1				OESA
Coordinaciones con el Comité de Infecciones Intrahospitalaria	Reunión	12	3	3	3	3	OESA
Campaña de Vacunación contra el Tétanos	Documento	3	1	1		1	OESA
Campaña de Vacunación contra la Hepatitis B	Documento	1			1		OESA
Campaña de Vacunación contra la Influenza Estacional	Documento	1		1			OESA
Elaboración y Difusión de Comunicados de la OESA	Documento	12	3	3	3	3	OESA
Notificación de Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica	Notificación	48	12	12	12	12	OESA
Seguimiento y Monitoreo de Infecciones Intrahospitalarias	Monitoreo	12	3	3	3	3	OESA
Seguimiento y Monitoreo en Bioseguridad (Lavado de manos)	Monitoreo	12	3	3	3	3	OESA
Reportes de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias	Documento	12	3	3	3	3	OESA
Reportes de enfermedades de notificación obligatorias	Documento	52	14	12	13	12	OESA
Reportes de accidentes punzocortantes	Documento	12	3	3	3	3	OESA
Reportes de casos de TB en trabajadores de salud	Documento	12	3	3	3	3	OESA
Difusión de Alertas Epidemiológicas	Documento						OESA





Instrumentos/documentos para la evaluación.

Fichas de Autoevaluación de los servicios/áreas a evaluar. El formato de las Fichas consta de cinco columnas, que contienen las siguientes variables: **Criterios a evaluar**, se han considera criterios de Estructura (recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, normativa), Proceso (criterios de cumplimiento de la normativa de vigilancia prevención y control y otros afines) y 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.

Así mismo se han considerado Criterios Obligatorios, en su cumplimiento, (en negrilla).

Especificaciones: Columna donde se amplía la información referida a los criterios u otra de interés. f

Calificación: dividida en dos columnas: (C) que cumple con el criterio, teniendo como puntaje uno (1) y (NC) cuando no cumple con el Criterio, con un puntaje de cero (0) f

Fuente de Verificación: Donde se señala el documento, servicio u otro en que se puede encontrar la información respectiva.

Observaciones: Columna donde se señala información complementaria u otra que considere de importancia

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

Técnicas para la Autoevaluación.

- Observación directa
- Revisión documentaria
- Entrevistas
- Reuniones de problematización.

Áreas a Evaluar

Se ha considerado como objeto del proceso de autoevaluación a: Emergencia, Pabellón de Hospitalización de pacientes psiquiátricos 1 y 20 y Unidad de Cuidados Especiales (UCE) del HVLH. Así también estará sujeto a evaluación el Comité de IAAS y la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.

Recolección de información

- Informes de evaluaciones anteriores
- Informes o documentos sobre problemas identificados en lo relacionado a las IAAS
- Otros.

Calificación.

Nº	SERVICIO	SATISFACTORIO	REGULAR	DEFICIENTE
		> 80 - 100	60- 80	< 60





6.3.2. ETAPA II: DE LA EVALUACIÓN

- El Presidente del El Equipo evaluador, explicará al personal del servicio el objetivo de la visita.
- La visita se realizará con el jefe del servicio y el personal que se considere necesario, iniciándose la aplicación de la Ficha Autoevaluación y la documentación respectiva, según Criterio a ser evaluado.
- Durante la visita se utilizarán diversas técnicas (Observación, entrevista y otras que considere el equipo).
- Reunión con todo el personal del servicio para retroalimentación e identificación de posibles soluciones.
- Una vez finalizada la visita, se consignará en la Ficha respectiva, las firmas de las personas que participaron en la autoevaluación.

6.3.3. ETAPA III: POST EVALUACIÓN

La actividad central en esta fase es el análisis de toda la información obtenida en cada uno de los servicios/áreas, la calificación respectiva, identificación de los problemas y priorización de oportunidades de mejora viables y factibles, que contribuyan a mejorar el desempeño individual en los procesos de vigilancia, prevención y control de las IAAS.

Se elaborará dos Informes de la Autoevaluación (Semestral) el cual debe sistematizar los aspectos más relevantes del proceso, así como las conclusiones y recomendaciones por servicios/áreas evaluadas. Se anexara la información de respaldo sobre la cual se sustentan los juicios emitidos. El informe será remitido a la Dirección del establecimiento, para opinión, difusión y supervisión del cumplimiento de las recomendaciones.

VII. RESPONSABILIDADES.

Son responsables para el cumplimiento del presente plan los siguientes servicios: Dirección General, OESA y el Comité de IAAS.

VIII. ANEXOS

FICHAS. NORMA TÉCNICA 523-2007/MINSA





**ANEXO N°1
FICHA PARA APLICACIÓN AL COMITÉ DE IAAS Y OESA.**

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	N C		
ESTRUCTURA						
1	Tiene Resolución Directoral.	RD o su equivalente.			RD o su equivalente.	
2	Cuenta con Plan Anual de VPC IIH aprobado por la Dirección del hospital.	Elaborado según NT 020. 1er mes del año.			Plan.	
3	Los objetivos del Plan están incorporados en el POI.	Objetivos del Plan en POI.			POI.	
4	Dispone de la normatividad referida a VPC IIH. (Anexo N° 1)	Ejemplar accesible de cada documento.			Normas IIH.	
5	El CCIH está presidido por el Director del Hospital o su representante.	RD.			RD.	
6	El CCIH Técnico está compuesto por grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas.	Médico, enfermera de VPC representantes de: Microbiología, Epidemiología, Calidad.			Reglamento del CCIH. Informe Capacitación.	
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo.	Operativas y disponibles.			Observación	
8	Miembros del CCIH reciben capacitación en IIH.	Por lo menos 3 miembros del Comité capac. anualmente			Registro y / o informes de la capacitación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° = = %				
PROCESO						
9	El CCIH determina los daños y servicios que serán vigilados.	Plan Local y Libro de actas.			Plan Local y Libro de actas	
10	Registra reuniones en libro de actas con control de acuerdos.	100% de reuniones registradas.			Libro de actas.	
11	Analiza resultados de la VPC IIH y ABL y propone acciones correctivas.	Auto evaluación al menos trimestralmente.			Libro de actas. Informe Direcc. Hosp.	
12	Analiza y difunde el mapa microbiológico a servicios de hospitalización.	Cada 6 meses.			Mapa Microbiológico enviado a Servicios.	
13	Promueve con la Of. Calidad, la implementación de planes de mejora continua según problemas priorizados.	Implementa por lo menos un PMCC al año.			PMCC. Informe de implementación	
14	Analiza Informes sobre manejo de RSH y propone intervenciones.	Trimestral.			Libro de actas. Informe Direcc. Hosp.	
15	Analiza informes sobre calidad del agua y propone intervenciones.	Trimestral.			Libro de actas. Informe Direcc. Hosp.	
16	Evalúa y propone actividades de PC en brotes e hiperendemia.	En el 100% de casos.			Informe a Dirección del Hospital.	
17	Evalúa resultados de acciones de VPC IIH y los avances del Plan.	Trimestral.			Libro de actas. Informes.	
18	Con el Cnte Farmacológ. Implementa anualmente estrategias para el URATM.	CCIH, participa en su implementación.			Libro de actas Informes.	
19	Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional.				Libro de actas Informes.	
20	Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros de las actividades de VPC IIH.	Especificaciones de los productos y políticas de uso.			Informe. Propuesta técnica de licitaciones.	
21	Informa trimestralmente a la Gestión de los resultados, logros y dificultades.	De acuerdo al Plan anual			Informe enviado a la Dirección del Hospital.	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° = = %				
RESULTADOS						
22	Cumplimiento de las metas señaladas en el Plan Local en no menos del 80%.	De actividades programadas en el Plan.			Informe anual	
23	Reducción no menor del ... % de la incidencia por tipo de IIH de acuerdo a la línea basal y estándares.	Según lo programado en el Plan para las IIH por encima de lo esperado.			Informe anual	
24	Incremento en un% del cumplimiento en el lavado de manos en áreas críticas.	Según Línea de Base.			Informe anual	
25	Incremento en un% del cumplimiento de las medidas de prevención en procedimientos de riesgo (tactos vaginales, rasurado pre quirúrgico, uso catéteres y antibiótico profilaxis)	Según Plan Local.			Informe anual	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° = = %				
TOTAL COMITÉ DE IIH		CUMPLIMIENTO %				





**ANEXO Nº2
FICHA DE EVALUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA,
HOSPITALIZACIÓN, PABELLONES 1 Y 20 DEL HVLH.**

Nº	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	N C		
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas.	Insumos para 100% Lavado Social, Clínico			Informe Observación	
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	Cuenta manera sistemática y continua.			Informe Observación	
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados	Según norma.			Informe Observación	
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones.	De manera sistemática			Observación	
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH.	De manera sistemática y continua.			Informe Observación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: Nº =	=	%		
PROCESO						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros.	Según Manual de Procedimientos.			Informe Observación	
7	Se maneja URATM.	Según Manual de Procedimientos.			H. Clínica Observación	
8	Se manejan los RSH según norma. (Anexo Nº 3)	De manera sistemática y continua			Informe Observación	
9	En pacientes con Infecciones de transmisión aérea se procede según norma. (Anexo Nº 8)	TBC, Varicela.			Informe Observación	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: Nº =	=	%		
RESULTADOS						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario.	De acuerdo al Plan.			Informes	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico.	De acuerdo al Plan.			Informes	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Manual de Procedimientos Guías de Práctica Clínica			Informes H. Clínica	
SUBTOTAL RESULTADOS		CUMPLIMIENTO: Nº =	=	%		
TOTAL HOSPITALIZACION		CUMPLIMIENTO: Nº =	=	%		





**ANEXO N°3
FICHA DE EVALUACIÓN DE UCE.**

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	N C		
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con la estructura normada. (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma.			Observación	
2	Cuenta con recursos humanos en número suficiente para la atención.	Según Norma.			Observación Informes	
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.	De manera continua			Informe Observación	
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en diferentes áreas (Anexo N° 8)	Insumos para 100% Lavado Social, Clínico y Quirúrgico			Informe Observación	
5	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	Cuenta manera sistemática y continua.			Informe Observación	
6	Cuenta con área de limpieza y utensilios, limpiadores y desinfectantes. Normados.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe Observación	
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Atención Médica.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Manuales Guías.	
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad necesaria y suficiente.	Cuenta de manera sistemática y continua				
9	Cuenta con medicamentos necesarios y suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con esquemas globales por pacientes.	Los trámites burocráticos y otros no impedirán la atención de calidad.				
10	Los frascos de aspiración, nebulización, y otros no están con líquido si no se utilizan de inmediato.	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe Observación	
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío.	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte Observación	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		
PROCESO						
12	Utiliza fórmulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso.	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe Observación Manual Proc.	
13	Se maneja URATM.	Según Manual de Procedimientos.			Informe. Manuales	
14	Se maneja Residuos sólidos según norma. (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte. Observación	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad.	Circuitos y frascos de ventilación y humidificación, ambú.			Informe Observación	
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma. (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe Observación	
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzo cortantes, se reporta a UEH. (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua			Informe Observación	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control.	Análisis y difusión mensual de resultados de incidencia.			Informe Entrevista.	
19	En caso de brotes o hiperendemia se toman medidas oportunas.	Cumple de manera sistemática y continua			Reporte Observación	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		
RESULTADOS						
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo.	Según línea de base o metas del Plan local			Informe	
22	Reducción de la incidencia de brotes de IIH.	Según línea de base o metas del Plan local			Informe	
23	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos.	Según línea de base			Informe	
SUBTOTAL RESULTADOS		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		
TOTAL UCI		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		





**ANEXO Nº4
MATRIZ DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

PLAN DE FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) - 2016																	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																	
FINALIDAD: Contribuir en el Mejoramiento Continuo de la calidad de los procesos de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS, a fin de Mantener en cero la prevalencia de IAAS en el HVLH.																	
OBJETIVO GENERAL Fortalecer la Prevención y Control de la IAAS en el HVLH 2016																	
OBJETIVO ESPECÍFICO 1				Aplicación de la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS. (RM No 523-2007/MINSA)													
	TAREA	UNIDAD MEDIDA	META	MES												RESPONSABLE	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
En el Comité de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS.	Aplicar la ficha técnica según la Norma 523 MINSA al Comité IAAS	Informe	02							X						X	COMITÉ IAAS
	Aplicar la ficha técnica según la Norma 523 MINSA a la OESA.	Informe	02							X						X	COMITÉ RRSS
En los servicios de Emergencia, Hospitalización (Pabellón 1 y 20) y en UCE del HVLH.	TAREA	UNIDAD MEDIDA	META	MES												RESPONSABLE	
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D					
	En EMG	Informe	02							X						X	OESA
	En Pabellones 1 y 20	Informe	02							X						X	COMITÉ RRSS
En UCE	Informe								X						X	COMITÉ IAAS	
OBJETIVO ESPECÍFICO 2				Supervisión del cumplimiento de la Práctica de Lavado de Manos por parte del personal médico y no médico, en Emergencia, Pabellones 1 y 20 y la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) del HVLH													
En Emergencia, Pabellones 1 y 20 y la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) del HVLH.	TAREA	UNIDAD MEDIDA	META	MES												RESPONSABLE	
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D					
Aplicación de Ficha de Práctica de Lavado de Manos en personal médico y no médico.	Informe	02		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	COMITÉ IAAS.





IX. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alonso-Echanove, J. Foro para revisar las estrategias de vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias. En IMAS,
2. Curso sobre Epidemiología de la Infección Hospitalaria: Métodos de Investigación y Vigilancia Epidemiológica, Barcelona, 10 -12 noviembre, 2004.
3. Bates DW., Cook EF., Goldman L and Lee TH. Predicting bacteremia in hospitalized patients. A prospective validated model. In: Quality Control Laboratory, WHO, 2001.
4. Manual Modelo de Organización y Funciones de una Unidad de Epidemiología Hospitalaria, MINSA, 2001.
5. Paganini, J. M. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria, Serie HSS/SILOS-30. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1993.
6. Prevención de las Infecciones Intrahospitalarias, Guía Práctica, OMS, 2003.
7. Protocolo: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, MINSA, 1999.
8. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, MMWR, Vo. 50, Nº RR-11, CDC, June 29, 2001.

