

PLAN ANUAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE IIH 2009 DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA DEL HVLH

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Procesos infecciosos generalizados o localizados, adquiridos durante la concurrencia o permanencia mayor a 48 horas de un enfermo en el hospital. Constituyen una complicación frecuente.

ORIGEN DEL AGENTE

- Exógeno
- Endógeno

En el Hospital Víctor Larco Herrera tenemos hospitalizados un promedio diario de 450 pacientes de los cuales un 40% están internado en los pabellones de:

Psiquiatría de agudos (Pabellones: 1 y 20) que tienen una permanencia de menos de 60 días y

Adicciones (Pabellón: 18) donde la permanencia es de alrededor de seis meses.

En los pabellones: 02, 04, 05, 08, 09,12-13, INPE y UCEG es de permanencia prolongada (algunos de los pacientes se encuentran internados más de 30 años en la institución y no tienen familiares y son vulnerables por dos motivos:

Por su edad avanzada y

Por el tratamiento anti psicótico prolongado que les afecta el sistema inmunitario.



NORMATIVIDAD DE IHH

- 1.- RM: 523-2007/MINSA que aprueba la "GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA, EVALUACIÓN Y CONTROL".
- 2.- "GUÍA TÉCNICA PARA AL EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS".
- 3.- RM 753-2004/MINSA que aprueba la NT nº 20
- 4.- "NORMA TÉCNICA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS": NT nº 20.
- 5.- RM 179-2005/MINSA aprueba la NT DE IHH.
- 6.- "NORMA TÉCNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IHH": NT nº 26
- 7.- RM 184-2009 aprueba la DIRECTIVA SANITARIA nº21
- 8.- DIRECTIVA SANITARIA PARA LA SUPERVISIÓN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS"
- 9.- RM Nº 383-2006/MINSA" NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.
- 10.- RM Nº 217-2004/MINSA "NORMA TÉCNICA PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS".
- 11.- MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA LOS LABORATORIOS, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, MINSA.
- 12.- DIRECTIVA S/N MINSA –DGSSP-DEAIS Vº02 MANEJO POST. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LOS TRABAJADORES DE SALUD.

MINISTERIO DE SALUD

No. 184-2009/MINSA


Resolución Ministerial
Lima, 23 de MARZO del 2009

Viso el Expediente N° 08-054913-001, que contiene la Nota Informativa N° 177-2009-DGE/DVE/DSVSP/MINSA, presentado por la Dirección General de Epidemiología y el Informe N° 124-2009-OCAJ/MINSA;

CONSIDERANDO:

Que, el literal a) del artículo 17° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que la Oficina General de Epidemiología, ahora, Dirección General de Epidemiología, es el órgano a cargo del diseño, asesoramiento y evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del Proceso de Prevención y Control de Epidemias y Desastres en el Sector Salud;

Que, el literal a) del artículo 57° del Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, señala que la Dirección General de Epidemiología está encargada entre otras funciones generales, de diseñar, normar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, en el ámbito nacional;

Que, por Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA, se aprobó la NT N° 026-MINSA/DGE-V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias", por el que se establece como propósito del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias, de la generación de información para la toma de decisiones en los niveles local, regional y nacional y cuyo objetivo general es proporcionar información actualizada sobre la magnitud de las infecciones intrahospitalarias, sus factores relacionados y así orientar la toma de decisiones y acciones dirigidas a la disminución de estos daños;

Que, mediante el documento del visto; la Dirección General de Epidemiología remite el proyecto de "Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias", cuya finalidad es contribuir a la vigilancia epidemiológica efectiva de las infecciones intrahospitalarias en los establecimientos de salud con aseguramiento a nivel nacional;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Epidemiología, de la Dirección General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo establecido en el literal f) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud,

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Sanitaria N° 023 -MINSA/DGE, V. 01, "Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.


Artículo 2°.- La Dirección General de Epidemiología se encargará de la difusión e implementación de la citada Directiva Sanitaria.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional y demás establecimientos de salud del Sector Salud, son responsables de la aplicación de la Directiva Sanitaria.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones pondrá la publicación de la referida Directiva Sanitaria contenido en la presente Resolución en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: <http://www.minisa.gob.pe/portal/transparencia/normas.asp>.

Regístrese, comuníquese y publíquese


OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud





M. Alce R.


E. CABALLERO C.


M. Rojas M.


L. Córdova A.


M. Alce R.


E. CABALLERO C.


M. ROJAS M.


L. Córdova A.

El Hospital VLH forma parte del Sistema de información Epidemiologica por lo que se engarza con

Las siguientes instancias:

- DISAV LC : a quienes se les envia reportes semanales.
- DGE :procesa la información y realiza las investigaciones.
- INS: Procesa los examenres de laboratorio.
- DESA: quienes nos suprevisan la correcta segregación de : Residuos Sólidos Comunes y biocontaminados.



La labor de las personas encargadas de la vigilancia para que se cumpla con el Plan del Comité de IIH aplicando el Plan de Vigilancia y Evaluación de la Oficina de Epidemiología del año 2009.

Las personal responsables son:

Dra. Noemí Collado Guzmán

Lic. María Quispe Manco

Quienes asumen la labor de:

I . Supervisar que la personas cumplan con la Directivas de:

- Lavado de Manos.
- Accidentes Punzo-cortantes.
- Bioseguridad.
- Segregación e Residuos Sólidos

II. Monitorear los Procesos:

Hospitalización: Los pacientes que ingresan por el Departamento de Emergencia son evaluados desde el punto de vista clínico y de Laboratorio para descartar que el paciente presente algún proceso infeccioso al internarse.

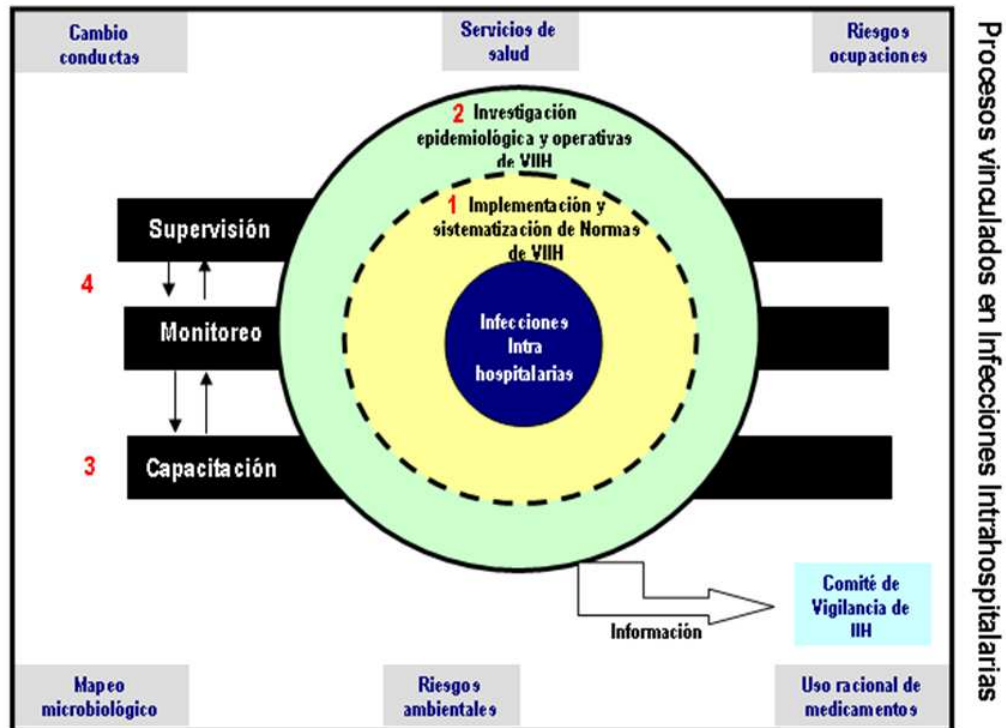
- Que se cumpla con el Lavado de manos adecuado.
- Que se respete las medidas de bioseguridad.
- Que se haga un uso racional de antibióticos.
- Que el personal de salud se realice un despistaje por lo menos una vez al año o cuando por riesgo en el trabajo se disponga se lleve a cabo.
- Que el personal de salud se vacune anualmente contra la Influenza.
- Que todo el personal porte su carné de vacunación: contra Hepatitis B, Rubeola, Tétanos.
- Que los ambientes sean ventilados.
- Que las camas estén a no menos de un metro de distancia la una con la otra.
- Se tomen medidas de cuidado con los pacientes inmunodeprimidos.
- Que se desinfecte y esterilice adecuadamente en el Centro de Esterilización según la calendarización.

III. Capacitación:

Sobre Infecciones Intrahospitalarias.

- Inmunizaciones.
- Bioseguridad.
- Lavado de manos.
- Uso racional de antibióticos.

INTERVENCION DE ACCIONES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LAS IIH EN LA DISA V LIMA CIUDAD



OBJETIVOS:

- Fortalecer el Sistema de vigilancia epidemiológica a nivel hospitalario.
- Prevenir la aparición de casos y brotes de infecciones intra hospitalarias.
- Manejo y tratamiento oportuno de las infecciones intra hospitalarias.
- Reducir los costos asociados a las infecciones intra hospitalarias.
- Disminuir el riesgo frente a agentes infecciosos y/o riesgos laborales en el personal de salud.
- Maximizar el beneficio obtenido mediante las actividades de prevención y control hospitalario.

PROPÓSITO:

Contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios hospitalarios reduciendo el impacto negativo de los riesgos de las infecciones intra hospitalarias y/o otros riesgos laborales.

FINALIDAD:

Mejorar las actividades de Vigilancia epidemiológica de las Infecciones Intra hospitalarias y de riesgos laborales en todos los servicios con fines de tomar acciones de prevención y de control en nuestra institución.

CARACTERÍSTICAS:

La Vigilancia epidemiológica estará liderada por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental de nuestro Hospital.

El equipo multidisciplinario estará formado por el personal profesional y no profesional de los servicios hospitalarios, denominados **Agentes Centinelas**.

Los Centinelas epidemiológicos proporcionarán información a la Oficina de

Epidemiología sobre los eventos asociados al riesgo de adquirir infecciones y/o

otros riesgos laborales en sus respectivos servicios.

PROCEDIMIENTOS DE REPORTES Y BAJO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Cambio y recambio de bolsas de revestimientos y recipientes para material punzo cortantes.
2. Exposiciones y accidentes del personal por material punzo cortante.
3. Identificación de Sintomáticos Respiratorios(SR) y/o casos de tuberculosis en pacientes y trabajadores.
4. Cumplimiento de Medidas de Bioseguridad en el personal.
5. Agresiones Físicas de pacientes a personal.

ACTIVIDADES:

Cambio y recambio de bolsas de revestimientos y recipientes para material punzo cortantes.

- Las bolsas de revestimientos deben ser cambiadas en forma diaria.
- Existen tres tipos de bolsas: Las de color negro son designadas para residuos de tipo comunes tales como papeles, cartones, restos de maleza, botellas, etc. Las bolsas de color rojo son para residuos biocontaminados es decir que contienen una gran cantidad de gérmenes que ponen en riesgo la salud de las personas. Incluyen restos como gasas, algodones, bisturís, agujas, etc con secreciones y excreciones producto de la atención de los pacientes. Las de color amarillo están asignadas para restos de tipo farmacéuticos, radiológicos, radioactivos, etc.
- Los recipientes para los residuos sólidos deben ser colocados lo más próximo del lugar de generación. Por ejemplo al costado del coche de curaciones.
- Para los objetos punzo cortantes se emplearán recipientes rígidos que impidan el traspaso del material punzante al exterior. No es aconsejable usar como envases botellas de gaseosas o algo similar.
- Las agujas y jeringas usadas se descartarán en el envase juntos y no separadas.
- El llenado del recipiente es hasta las tres cuartas partes de la galonera, que contiene lejía al 5%. Luego de su llenado se cierra herméticamente y es trasladado por el personal de Servicios Generales autorizado para este fin.

EXPOSICIONES Y ACCIDENTES DEL PERSONAL POR MATERIAL PUNZO CORTANTE.

- **Ocurrido un accidente con objeto punzo cortante se debería ser notificado de inmediato a la Oficina de Epidemiología para su reporte inmediato, seguimiento y monitoreo posterior.**
- **El caso debe ser informado a Bienestar de personal y al departamento de Trabajo Social para las coordinaciones de la evaluación clínica pertinente.**
- **Será derivado a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de transmisión sexual y Sida (ESNPY CETSS) del hospital para su tamizaje, conserjería y derivación a un centro hospitalario para recibir el tratamiento respectivo dentro del plazo establecido.**

IDENTIFICACIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS(SR) Y/O CASOS DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES Y TRABAJADORES.

- En los siguientes casos deberán ser reportados al clínico de turno para su evaluación:

Tos por más de 15 días, bajo peso, fiebre , sudoración nocturna, etc..Considerar si ha tenido antecedente de Tuberculosis. Estos casos deberán ser informados para la realización de análisis bacteriológicos y radiológicos según sea el caso.

- **Notificar el(los) caso(os) al encargado o quien haga de sus veces del Control de Tuberculosis en el hospital para tomar las acciones de prevención y de control.**
- **Asegurarse que los pacientes diagnosticados con o sin tratamiento deben de estar en un ambiente aislado para evitar el contagio hasta que no se demuestre lo contrario.**
- **Notificar a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental para el monitoreo y seguimiento del caso.**

CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL.

- **La ausencia o el uso inadecuado de implementos de protección personal tales como delantal, mascarillas, guantes entre otros, durante la atención a pacientes.**
- **El lavado de manos siempre antes y después de la atención directa de los pacientes.**
- **Los guantes deben ser usado cuando se manipulan fluidos corporales. Deben retirarse después de la atención de cada paciente. Lavarse las manos después de retirárselos.**
- **Eliminar los artículos que son desechables.**
- **El paciente sospechoso o diagnosticado con tuberculosis deberá utilizar mascarillas quirúrgicas las mismas que impiden que emitan aerosoles al medio ambiente.**
- **El personal debe usar mascarillas del tipo N95 que permiten la protección en un 95% frente a patógenos en el aire.**

AGRESIONES FÍSICAS AL PERSONAL DE SALUD.

- **Notificar toda agresión física de parte de los pacientes al personal de salud en los servicios a la Oficina de Epidemiología.**

EMERGENCIA	EMERGENCIA PSIQUIATRICA	24 CAMAS
PABELLON 1	VARONES CON PSICOSIS AGUDA	60 CAMAS
PABELLON 2	PSICOSIS GERIATRICA	67 CMAS
PABELLON 4	REHABILITACION	80 CAMAS
PABELLON 5	REHABILITACION	56 CAMAS
PABELLON 8	PSICOSIS + RETRDO MENTAL	39 CAMAS
PABELLON 9	REHABILITACION	42 CAMAS
PABELLON 12-13	REHABILITACION	54 CAMAS
PABELLON 18	ADICCIONES	60 CAMAS
PABELLON 20	DAMAS CON PSICOSIS AGUDA	60 CAMAS
UCEG	UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES	30 CAMAS
INPE	JUDICIALES	12 CAMAS
UCE	MEDICINA	12 CAMAS
CASA HOGAR		06 CAMAS

CRONOGRAMA

	SUPERVISIONES	MONITOREO	CAPACITACION	INFORMES NOTIFICACIONES	REUNIONES	ANALISIS	INVESTIGACION	PUBLICACIONES	AUTOEVALUACION
ENERO	4	4	0	4	1	1		1	
FEBRERO	4	4	0	4	1	1		1	
MARZO	4	4	1	4	1	1		1	
ABRIL	4	4	0	4	1	1		1	
MAYO	4	4	0	4	1	1		1	
JUNIO	4	4	1	4	1	1		1	
JULIO	4	4	0	4	1	1	1		1
AGOSTO	4	4	0	4	1	1	1		
SETIEMBRE	4	4	1	4	1	1	1		
OCTUBRE	4	4	0	4	1	1	1		
NOVIEMBRE	4	4	0	4	1	1	1		
DICIEMBRE	4	4	1	4	1	1	1		1

(VISITAS INOPINADAS)

ANEXO 1

DIRECTIVA SOBRE ACCIDENTES POST_EXPOSICIÓN OCUPACIONAL EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

La presente directiva tiene como propósito dirigir las acciones a tomarse tras los accidentes post-exposición en el personal de salud de nuestra institución, con la finalidad de brindar la atención inmediata y el acceso al tratamiento antiretroviral, si el caso lo amerita, dado el alto riesgo de exposición a agentes potencialmente infectantes como el VIH y la hepatitis B.

Lo establecido en la presente Directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio de todas las Unidades del Hospital en cumplimiento a las normas vigentes.

Base Legal:

Constitución Política del Perú.

- Ley General de Salud N° 26842.
- Ley 26626 (CONTRASIDA) y su Reglamento específico.
- Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú R.M. N°235-96-SA/DM.
- Manual de Normas de Bioseguridad R.J. N° 213-96-J-IPD/INS.

Acciones:

1.- Cuando ocurre un accidente con aguja hipodérmica (pinchazo) o de contacto con sangre o fluidos corporales y una herida se debe lavar con agua y jabón sin restregar el sitio de exposición, permitiendo fluir la sangre libremente durante 2-3 minutos.

2.- Cuando ocurre la exposición de sangre y fluidos corporales con partes del cuerpo como ojos, boca; se debe realizar el lavado con abundante agua.

3.- En el caso de contacto de sangre o fluidos en piel intacta: debe lavarse con agua y jabón.

4.- Todo personal de salud que tuviera un accidente post-exposición ocupacional deberá de informar a su jefe inmediato del hecho; para ser evaluado por el médico clínico de turno quien establecerá el riesgo de exposición y la necesidad de profilaxis con antirretrovirales. Debiendo garantizarse la atención las 24 horas del día incluyendo feriados y fines de semana.

5.- Paralelamente se debe de dar a conocer del hecho al responsable de la Estrategia del control de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA a

los integrantes del Comité de Infecciones intrahospitalarias y a la Oficina de Epidemiología para su notificación y manejo inmediato.

6.- El personal del Departamento de Medicina Complementaria así como la responsable de Bienestar de Personal y así como el director de la Oficina de Personal y el jefe del estamento donde trabaja el accidentado ,deberán dar

todas las facilidades para la evaluación y tratamiento en el caso lo requiera , sin distinción de condición laboral

7.- De acuerdo al grado y severidad de la exposición el paciente deberá ser enviado a una institución de salud donde se brinde tratamiento antiretroviral en el caso lo requiera dentro de las primeras veinticuatro horas de la exposición

Notificación inmediata del caso

8.- La ficha de notificación deberá ser llenada por el clínico de turno quien evalúa al trabajador que sufrió el accidente y la enviara a la Oficina de Epidemiología y otra copia la incluirá en la historia clínica.

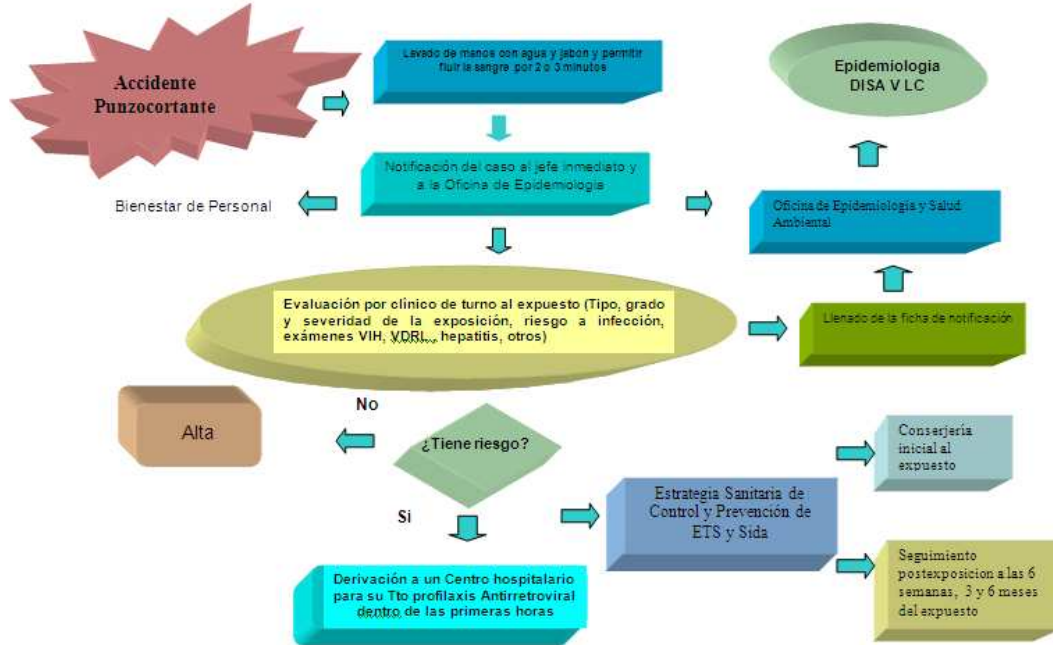
9.- La consejería estará a cargo de un representante de la Estrategia Nacional de Prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA del hospital.

10.- El personal del Laboratorio de la institución brindara todas las facilidades para la toma de muestra de sangre para la prueba de ELISA, hemograma completo y pruebas de función hepática y renal de requerirse.

Seguimiento postexposición

11.- El seguimiento post-exposición del caso se realizará a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses, esto comprenderá la evaluación clínica y ELISA para VIH.

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA



ANEXO 2



OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL



Lavado de Manos

DIRECTIVA N° 004 -OESA - HVLH-2006.

Introducción:

El lavado de manos causa una significativa reducción de la aportación de microorganismos en las mismas, produciendo por tanto una disminución de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales.

Finalidad

La presente Directiva tiene como finalidad disminuir y controlar los riesgos de transmisión de agentes infecciosos a través de las manos, contribuyendo así a la salud integral de nuestros pacientes y trabajadores.

Objetivos:

Normar el correcto lavado de manos de pacientes y personal a nivel institucional según tipos de lavados para cada caso.

Tipos de Lavado:

1.- Lavado de manos higiénico o social, dirigido a remover la suciedad y microorganismo transitorios de las manos. Indicado antes de la tarea diaria, luego de estornudar, toser ir al baño antes de comer y controlar signos vitales a cada paciente, antes y después de atender a cada paciente, cuando estén visiblemente sucias, después de realizar la limpieza del ambiente, al finalizar la tarea diaria, entre otros.

Bases legal:

- Ley General de Salud N° 26842.
- Manual de Infecciones Intrahospitalarias, aprobado con R.D. 286-2007-DG-HVLH

Técnica

- Se retirara reloj y anillos.
- Se usará agua y 5 cc. de jabón líquido.
- Mojar las manos con agua, aplicar el jabón, friccionar vigorosamente por 10 – 15".

- Cubrir todas las superficies de manos y dedos, llegando hasta los pliegues de las muñecas.
- Durante el procedimiento las manos deben estar hacia arriba.
- Enjuagar con abundante agua para evitar queden restos de jabón o suciedad.
- Para la higiene de las uñas se usara cepillo o palillo de punta redondeada las uñas preferentemente deberán permanecer cortas.
- Las manos se secaran con toallas de papel descartables sin pasar dos veces por palmas y dedos doblar el papel y secar dorso y muñeca.
- La manija o canilla del caño se cerrará con la toalla de papel .
- La toalla se descartara con cuidado para no contaminar las manos.
- Las manos nunca deben quedar húmedas.
- Como alternativa, si no hay suciedad visible se puede utilizar una preparación alcohólica. (es una alternativa al procedimiento de lavado antiséptico, pero no elimina la suciedad)

2.- Lavado de manos quirúrgico

Se define como un frote enérgico de todas las superficies de las manos hasta los codos con una solución antimicrobiana, seguido de enjuague al chorro de agua. Busca eliminar, la flora transitoria y disminuir la concentración de bacterias de la flora residente.

Conderaciones previas

- 1.- Debe quitarse todas las prendas de las manos y muñecas
- 2.- Se debe mantener la higiene de las uñas (cortas y sin pintar)
- 3.- Usa bata quirúrgica, gorro, botas de quirófano y mascarilla antes de iniciar el lavado
manos
- 4.- No usar debajo de la indumentaria quirúrgica ropa de calle
- 6.- Si usa lentes o anteojos, asegurarlos bien previamente
- 7.- Ajustar la temperatura del agua a 32º C. aproximadamente

Técnica:

- Humedecer las manos con abundante agua en un lapso de 2 a 3 seg.

- Usando movimientos circulares, empiece por las puntas de los dedos de una mano, enjabonándose y lavándose por entre los dedos y siguiendo de las puntas de los dedos hasta el codo. Repita el proceso con la otra mano y antebrazo. Siga lavándose así durante 3 a 5 minutos.
- Enjuáguese con abundante agua desde la porción distal hasta la proximal cada brazo por separado, empezando por las puntas de los dedos y manteniendo siempre las manos por encima del nivel de los codos.
- Cepillares durante 5 minutos con cepillo estéril o esponja y jabón antiséptico o solución antiséptica cubriendo la superficie de manos antebrazo y codo:-Comenzar desde la porción distal hasta la proximal del miembro superior (lecho ungueal, dedos, cara palmar, cara dorsal de las manos, muñecas, antebrazo y codo.
- Enjuagarse.
- Cepillares con solución antiséptica 5 minutos como la indicada anteriormente.
- Enjuagarse con agua y aplicar solución de alcohol etílico al 70% durante un minuto.
- Mantener las manos en alto por encima del codo y fuera del vestido quirúrgico.
- Secarse dentro del quirófano con compresas estériles, manos, interdigitales, antebrazo y codo en forma individual
- Descartar las compresas correctamente.

Colocar esta directiva en un lugar visible. No retirarla ya que será supervisado por el personal de la Oficina ,bajo responsabilidad.

Lavado de manos social



1. Humedecer las manos.



2. colocar una dosis de jabón.



3. Jabonar toda la superficie de manos y muñecas.



4. Jabonar y frotar en espacios interdigitales.



5.- Enjuagarse con abundante agua



6.-Secarse con una hoja de papel toalla

Magdalena del Mar 16 de abril del 2009.

ANEXO 3



HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA" Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental



PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS EN EL HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

DIRECTIVA Nº 001-HVLH-2006.

I. OBJETIVOS

La presente directiva tiene por objetivo establecer las normas para el manejo de los residuos sólidos generados en el Hospital Víctor Larco Herrera.

II. FINALIDAD:

Minimizar y controlar los riesgos que se derivan del manejo de los residuos sólidos para proteger a la población hospitalaria.

III-. BASE LEGAL :

Ley Nº 27314- Ley General de Residuos Sólidos SD. Nº 057-04-PCM-Reglamento de la L.G.R.S.

N.T. Nº 008-MINSA/DGSP-V.01- Norma Técnica "Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios."

IV. ALCANCE:

La presente Directiva será de aplicación en todos los Servicios y Unidades del HVLH.

V. DISPOSICIONES GENERALES:

Con la finalidad de regular el manejo de residuos sólidos generados en el Hospital Víctor Larco Herrera se dan las siguientes normas y procedimientos:

1. Los restos Biocontaminados (restos con secreciones y excreciones. Algodón, gasas, lenguas, muestras de laboratorio, restos de alimentos, otros). Serán eliminados en **BOLSAS ROJAS**, las mismas que estarán ubicadas en
 - Tópicos - Área de trabajo de laboratorio - Refectorios - Baños
2. Los residuos contaminados con sustancias tóxicas, corrosivas, inflamables, reactivos, soluciones, soluciones de revelados de radiografías , otros, serán ubicados en **BOLSAS AMARILLAS**, las mismas que se colocaran en:

- Radiología - Mantenimiento - Servicios Generales

3. Los restos provenientes de la limpieza de oficinas, jardines, patios, cocinas, papeles , cartones plásticos, maleza, restos de la preparación de alimentos, otros que no se incluyan en las dos categorías anteriores, serán eliminados en **BOLSAS NEGRAS**, que podrán ubicarse en:
- Nutrición - Aéreas administrativas - Oficinas - Patios Pasadizos,
 - Jardines

4.- Los residuos punzocortantes deberán ser eliminadas en las jalonera rígidas de boca ancha rotuladas y llenas con legía hasta las $\frac{3}{4}$ partes que deberán reclamar al personal de Servicios Generales quien las tapara y embolsará en bolsas rojas para llevarlas al Centro de acopio final.

Todos los **RS de bolsas rojas por contener residuos biocontaminados** serán recogidos por EPS contratada para ese fin que las llevaran estas bolsas hasta el relleno sanitario autorizado y procederán a su eliminación de acuerdo a la norma.

Los **RS en bolsas negras residuos comunes** son recogidos diariamente por los carros del Servicio Público Municipal.

Magdalena del Mar, 16 de abril del 2009

ANEXO 4

BIOSEGURIDAD

DIRECTIVA Nº 013-OESA-HVLH-08

I. OBJETIVO

Evitar el riesgo de infectarse con enfermedades transmisibles.

II. FINALIDAD

Implementar las Medidas de Bioseguridad con el fin de que tanto pacientes como personal cuenten con la información y los recursos necesarios para que puedan desarrollar sus actividades de la forma más segura posible.

III. BASE LEGAL

Constitución Política del Perú

Ley General de Salud Nº26842

Ley de Ministerio de Salud Ley Nº27657

Reglamento de la Ley Nº27657

Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera

IV. ALCANCE

La aplicación y cumplimiento de lo estipulado en el presente instrumento, es de alcance a todo el personal del área asistencial del H VLH.

V. ACCIONES

Todo trabajador en contacto con los pacientes esta obligado a cumplir con los principios de Bioseguridad.

- a. Universalidad: las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas.
- b. Barreras: comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de: guantes, mascarillas y mandilones.
- c. Medios de Eliminación de Material Contaminado: Eliminados sin riesgo de material contaminado con fluidos en bolsa rojas.
- d. La ropa contaminada con sangre o fluidos corporales de pacientes se embolsaran en bolsa de color roja y su destino se coordinara con esta oficina.

Magdalena del Mar, 19 de Agosto del 2008

ANEXO 5

SUPERVISION

SERVICIO

FECHA

SUPERVISOR

NUMERO TOTAL DE PACIENTES

NÚMERO DE EVENTOS

CATETER URINARIO --- PERMANENTE -

Pacientes	Material en uso Vigente e indemne		Circuito cerrado y permeable		Fijación del catéter al paciente		Fijación del colector urinario debajo del nivel de vejiga		Conexiones libres de acodaduras		Registro del aseo personal			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias

ANEXO 6

SUPERVISION

SERVICIO

FECHA

SUPERVISOR

NUMERO TOTAL DE PACIENTES

NÚMERO DE EVENTOS

CATETER VENOSO PERIFERICO

Pacientes	GASA ESTERIL EN EL SITIO DE PUNCION		ADECUADA FIJACION DEL CATETER		FECHA DE INSTALACION EN EL SITIO DE LA PUNCION		CIRCUITO CERRADO Y PERMEABLE		REGISTRO DEL CAMBIO DEL CATETER CADA 72 HORAS		REGISTRO DE EVOLUCION DEL SITIO DE PUNCION	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

ANEXO 7

SUPERVISION

SERVICIO

FECHA

SUPERVISOR

NUMERO TOTAL DE PACIENTES

NÚMERO DE EVENTOS

ASPIRACIONES DE SECRECIONES

Pacientes	SPNDA DE ASPIRACION UNICA		CAPSULA DE ASPIRACION UNICA		EXTREMO DISTAL DE SILICON PROTEGIDA		REGISTRO DEL CAMBIO DEL CIRCUITO DE ASPIRACION		SONDA,CAPSULA Y GUAANTES CON ENVOLTORIO EN BUEN ESTADO		ASPIRACION CON AYUDANTE EN PACIENTE CON TET		SONDA DE ASPIRACION EN CIRCUITO CERRADO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

ANEXO 8

ANTISEPTICOS DE USO COMUN

ACCION SOBRE AGENTES

AGENTE	CONCENTRACION	GRAM(+)	GRAM(-)	M.TBC	HONGOS	VIRUS
ALCOHOL ETILICO	70-92 %	EXCELENTE	EXCELENTE	BUENA	BUENA	BUENA
CLORHEXIDINA	4% 2% BASE DETERGENTE 0.5 % SOL. ALCOHOLICA	EXCELENTE	BUENA	MALA	REGULAR	BUENA
HEXACLOROFENO	3%	EXCELENTE	MALA	MALA	MALA	MALA
YODO-TINTURA	5%,1%,0.5%	EXCELENTE	BUENA	BUENA	BUENA	BUENA
YODOFOROS	10%,7.5%,2%	EXCELENTE	BUENA	BUENA	BUENA	BUENA
TRICLOSAN	0.3%,1%	BUENA	BUENA EXCEPTO PSEUDOMONAS	REGULAR	BUENA	DESCONOCIDA