



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL**

San Martín de Porres, 24 de marzo de 2023

**VISTO:** El Expediente N° 03575-2023, que contiene el Informe N° 027-2023-OEPE-HNCH, de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 057-2023-OESA/HNCH, de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Nacional Cayetano Heredia, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud N°26842, establece que: "La protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, por Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA, se aprueba la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC - Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud", que tiene por finalidad de contribuir a la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), mediante la generación de información oportuna para la toma de decisiones;

Que, la norma acotada en el numeral 5.1.1, establece que en todas las IPRES públicas o privadas a nivel nacional se debe realizar vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y que la IPRES deben garantizar los recursos necesarios;

Que, en el numeral 5.2.1, dispone que la IPRES deben elaborar un plan de vigilancia epidemiológica de las IAAS anual incluyendo los tipos de IAAS, los factores de riesgo y los servicios vigilados;

Que, la Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", que tiene por finalidad contribuir a la disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos;

Que, de igual modo el documento citado tiene por objetivo establecer los lineamientos que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud, en los establecimientos de salud del país;

Que, mediante Informe N° 057-2023-OESA/HNCH, la Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, solicita la aprobación del "Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) del Hospital Nacional Cayetano Heredia", la misma que elaborado por el Comité de Vigilancia, Prevención y Control de IAAS y tiene por objetivo reducir la Morbi mortalidad por las infecciones asociadas a la atención de salud, mediante la reducción de riesgos en los procesos y procedimientos realizados a los pacientes durante su atención;



Que, mediante Informe N° 027-2023-OEPE-HNCH, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital, informa que el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) del Hospital Nacional Cayetano Heredia", cumple con el esquema de los planes específicos y que su aprobación está sujeta a disponibilidad presupuestal;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal a) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del hospital, que entre otras funciones es lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad en la Consulta Externa, Centro Quirúrgico, Hospitalización y Emergencia;

Que, estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental con el Informe N° 057-2023-OESA/HNCH, y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 236-2023-OAJ/HNCH;

Con el visto del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el "PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS) DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DEL AÑO 2023", cuya ejecución estará sujeta a disponibilidad presupuestal conforme a lo opinado por la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico en el Informe N° 027-2023-OEPE-HNCH.

**ARTÍCULO 2°.- DISPONER** que el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Nacional Cayetano Heredia, de seguimiento al cumplimiento del Plan aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

**ARTÍCULO 3°.- DISPONER** que el Jefe de la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la Presente Resolución en la página web del Hospital.

#### REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

JAPB/JACP/LNSE/Inse  
Distribución:  
( ) DG  
( ) OESA



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DR. JOSÉ ANTONIO PROANO BERNAOLA  
DIRECTOR GENERAL  
CMP. 43343 RNE. 25440



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Cayetano Heredia



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

**PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE LA SALUD (IAAS) HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA – 2023**



**Elaborado por:**

**Unidad de Evaluación e Investigación Epidemiológica**

Lic. Gloria Amparo Cisneros Escobar

Lic. Lilia Etelvina Soriano Hidalgo

Lic. Elia Nérida Cornelio Bustamante

Blg. Marianela Bernal Barturen

Lic. Luis Feller Macedo Quiñones

**Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes**

Lic. Gossie Nattaly Leyva Gonzales

Lic. Gladys Zarela Jorge Quispe

Lic. Magaly Baldera Vidaurre

Tec. Viviana Curaca Mendoza

Tec. Isabel Martínez Paredes

Tec. Miguel Rodríguez Córdova

**Unidad de Salud Ambiental**

Ing. Diego Armando López Amaya

Ing. Marco Tovar Taboada

Tec. en Enf. Jorge Luis Dávila Guevara

**Revisado por:**

**Jefatura de Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**

Dra. Ana María Quintana Aquehua

**Presidente del Comité de Prevención y Control de Infecciones**

Dra. Coralith Marlinda García Apac



## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	JUSTIFICACIÓN	5
III.	FINALIDAD	6
IV.	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
V.	ÁLCANCE	7
VI.	BASE LEGAL	7
VII.	SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD (IAAS) HNCH - 2022	8
VIII.	ESTRATEGIAS.	13
IX.	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	14
X.	INDICADORES	14
XI.	PRESUPUESTO	16
XII.	RESPONSABILIDADES	17
XIII.	FINANCIAMIENTO	17
XIV.	EVALUACIÓN	17
XV.	BIBLIOGRAFIA	18
XVI.	ANEXOS	20



## ACRONIMOS

IAAS. - Infección Asociada a la Salud

ITS. - Infección al Torrente Sanguíneo

CVC. - Catéter Venoso Central

ITU. - Infección al Tracto Urinario

CUP. - Catéter Urinario Permanente

NAV. - Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica

IHQ. - Infección de Herida Quirúrgica

ENDO: Endometritis

COLE. - Colectectomía

HERNIO. - Hernioplastia

PVC - IAAS. - Programa de Vigilancia Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

CVPC-IAAS. - Comité de Vigilancia Prevención y Control de IAAS

UCI. - Unidad de Cuidados Intensivos

UCIN. - Unidad de Cuidados Intermedios

UCE. - Unidad de Cuidados Especiales

SVEIAAS. - Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Salud



**PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES  
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS), HOSPITAL NACIONAL  
CAYETANO HEREDIA AÑO 2023**

**I. INTRODUCCIÓN**

El Documento Técnico Plan de Vigilancia Prevención y Control de las IAAS, es un documento de gestión que permitirá establecer la hoja de ruta a seguir para la planificación, programación, ejecución y evaluación de las acciones de prevención y control y ser contrastadas posteriormente con los resultados obtenidos en la vigilancia epidemiológica y estudios de prevalencia de las IAAS.

Este Plan articula sus acciones con las medidas basadas en evidencia científica que permitirá brindar una atención con seguridad al paciente que acuda a nuestra institución.

Para la planificación de este documento se tomó como base el Plan Operativo Institucional para el 2023, los "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA y la Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA

**II. JUSTIFICACIÓN**

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), constituyen una causa importante en la morbi mortalidad a pesar de las medidas preventivas y correlativamente la vigilancia epidemiológica instaurada en los últimos años, por ello representa una preocupación para las instituciones y sus organizaciones a escala mundial por las implicaciones económicas debido al alto costo imprevisto para los paciente, familia y enorme carga económica adicional para el sistema de salud, además de las implicancias sociales y humanas que estas tienen, por lo que el intervenir con medidas comprobadas científicamente y cortar la cadena de transmisión supone una actividad prioritaria.

Por lo mencionado se considera de suma importancia ampliar el conocimiento con respecto a los principales aspectos epidemiológicos de las IAAS, haciendo énfasis en los datos de incidencia y prevalencia, los factores de riesgo asociados los mecanismos de prevención y la importancia de la vigilancia epidemiológica como unas de las medidas más eficaces para su control.

Un aspecto básico y fundamental para la adquisición de las IAAS lo constituyen los Factores de Riesgo, entendiéndose como marcador de riesgo aquellas características presentes en los pacientes que pueden influir en la aparición de las IAAS y que no son modificables, mientras que existen factores modificables como que son las relacionadas al proceso de atención, entre ellas tenemos, la severidad de la enfermedad de base, terapia antimicrobiana, de amplio espectro, instrumental invasivo, la mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección, y la transmisión de bacterias fármaco resistentes en centros sanitarios en donde las practicas deficientes de control de infecciones pueden facilitar la transmisión.(1)

(1) Rodríguez M, Barahona N, De Moya Y. Importancia de la Vigilancia epidemiológica en el control de las infecciones asociadas a la atención en salud. Biociencias.vol 14. N°1 enero-junio 2019Universidad Libre seccional Barranquilla



El Hospital Nacional Cayetano Heredia, tiene constituido el Comité de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones (CVPC de IAAS), Aprobado mediante Resolución Directoral N° 230-2022-HCH/DG, que se encuentra conformado por:

**Comité Ejecutivo:**

Dirección, oficina o unidad	Cargo
Representante de la Dirección General	Presidente
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	Miembro
Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Miembro
Departamento de Enfermería	Miembro

**Comité ampliado**

Dirección, oficina o unidad	Cargo
Representante del Departamento de Enfermería	Miembro
Representante del Departamento de Medicina	Miembro
Representante del Departamento de Cirugía	Miembro
Representante del Departamento de Pediatría	Miembro
Representante de la Unidad de Cuidados Intensivos	Miembro
Representante del Departamento de Gineco Obstetricia	Miembro
Jefe(a) Departamento de Farmacia	Miembro
Jefe (a) de Enfermería en Central de Esterilización	Miembro
Director (a) de la Oficina Ejecutiva de Administración	Miembro

El Comité de VPC-IAAS, tienen programado reuniones de trabajo y discusión 1 vez al mes y reuniones del Comité ampliado será cada 3 meses, dejándose reuniones extraordinarias en situaciones de brote u otras necesidades coyunturales.

En este contexto, el Hospital Nacional Cayetano Heredia, desde la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, ha visto por conveniente elaborar el presente Plan de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, partiendo de prácticas correctas basadas en la evidencia científica, y encontrar soluciones efectivas para mejorar la seguridad del paciente y reducir el riesgo de infección y muerte, de los usuarios de los servicios hospitalarios, documento que será revisado por el comité en reunión para luego ser oficializado mediante R.D. por la Dirección General.

**III. FINALIDAD**

Contribuir a mejorar la calidad de atención en los Servicios de Cuidados Críticos, Hospitalización y Emergencia, reduciendo el impacto negativo de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

**IV. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

**Objetivos Generales**

Reducir la Morbi mortalidad por las infecciones asociadas a la atención de salud, mediante la reducción de riesgos en los procesos y procedimientos realizados a los pacientes durante su atención.





## Objetivos Especificos

- a) Identificar de manera temprana y oportuna a los pacientes expuestos a factores de riesgo, establecidos previamente, para el desarrollo de IAAS durante su hospitalización.
- b) Generar mecanismos y estandarizar estrategias para controlar los riesgos generados por las infecciones asociadas a la salud.
- c) Vigilar las infecciones asociadas a la atención en salud.
- d) Identificar de manera oportuna, aquellas IAAS que estén asociadas a gérmenes de alta resistencia antimicrobiana.
- e) Notificar de manera oportuna las IAAS identificadas, así como los episodios de brotes asociados a algunas de estas infecciones.

## V. ÁLCANCE

- Unidades Críticas Adultos, Pediátricas y Neonatales.
- Hospitalización Adultos y Pediátricos.
- Emergencias Adultos y Pediátricos.

## VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 29783 "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo" según D.S. 005-2012-TR.
- Norma Técnica de Aislamiento Hospitalario, aprobada con Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/MINSA.
- Norma Técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01, de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, aprobada con la Resolución Ministerial N° 753 - 2004/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención Materna y Neonatal 2009-2013.
- Resolución Ministerial N° 768-2010/MINSA, Plan Nacional de prevención del VHB, VIH y la TB por riesgo ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010 - 2015.
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, "Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de los Ambientes de los Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en establecimientos de Salud.
- Resolución Directoral N° 524-2016-HCH/DG, que aprueba el Manual de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del Hospital Cayetano Heredia 2016.
- Reglamento del Decreto Legislativo N° 1278, que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- Decreto Legislativo N° 1501, Decreto Legislativo que modifica el Decreto Legislativo N° 1278, que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.



- Norma Técnica N° 163-MINSA/2020/CDC de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones asociadas a la atención de la salud aprobada con la Resolución Ministerial N°523-2020/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 055-2020-TR, que aprueba la Guía para la Prevención del Coronavirus en el ámbito laboral.
- Resolución Ministerial N° 268-2020/MINSA, que Modifica el Documento Técnico: Recomendaciones para el uso apropiado de mascarillas y respiradores por el personal de salud en el contexto del COVID-19, (aprobado por R.M. N° 248-2020/MINSA).
- Resolución Ministerial N° 251-2020/MINSA, que establece el 5 de mayo de cada año como el "Día Nacional de la Higiene de Manos".

## VII. SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD (IAAS) HNCH - 2022

La vigilancia epidemiológica es una de las herramientas en salud pública, implica un conjunto de actividades y procedimientos que permiten recolectar analizar, evaluar y difundir la información indispensable sobre el comportamiento, los factores determinantes que influyen de manera negativa o positiva en la evolución o desarrollo de la enfermedad, con el fin de orientar oportunamente el proceso de toma de decisiones, la planificación de estrategias dirigidas a la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades

### A. Características Epidemiológicas

GRAFICO 1

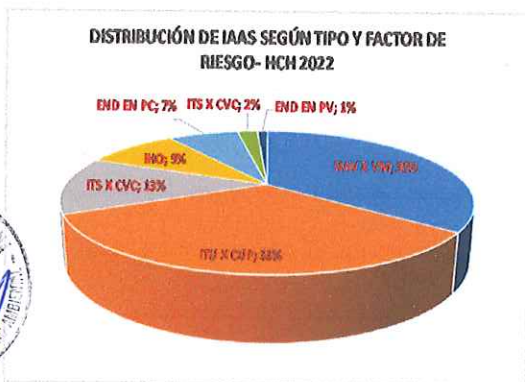


TABLA 1

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD SEGÚN SERVICIO Y SEXO HCH 2022

SEXO	SERVICIOS									TOTAL	
	UCI NEONAT	UCI PEDIATRI	UCI MODULA	UCI MEDICINA QUIRURG	UCI MEDICINA ORUGIA	GINECO OBSTET	OBS VARONE	UCE EMERGE			
Femenino	4		6	8	7	5	1	22	3	2	58
Masculino	10	1	17	12	5	7	10		1	11	74
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>132</b>

En el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se ha presentado 132 casos de infecciones asociadas a la atención en salud, analizando la mayor presencia en la distribución porcentual del total se encontró que la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), seguido de infección urinaria en pacientes con catéter urinario (ITU x CUP), representó 68% del total de infecciones el 32% restante se encontró en otras infecciones Infección al Torrente sanguíneo (ITS), Infección de herida operatoria (IHO) y endometritis (ENDO), cabe resaltar que IHO en colecistectomías y hernioplastias no presentaron casos.

En cuanto a distribución según sexo se observó que el sexo masculino predominó en la presencia de casos.

**TABLA 2**  
**Tasas de incidencia acumulada de IAAS según factor de riesgo y servicios HNCH año 2022**

Infección Intrahospitalaria	Factor de riesgo asociado	Servicios vigilados	Tasa x 1000	Tasa referencial Hosp. III-1
Infección de Tracto Urinario (ITU)	Catéter Urinario	Medicina	4.46	2.29
		Cirugía	3.21	1.73
		UCI Pediatría	0.00	4.58
		UCI Adultos	3.02	3.21
Neumonía	Ventilador Mecánica	UCI Adultos	6.20	15.54
		UCI Pediatría	0.00	4.01
		Neonatología	3.66	2.97
Infección de Torrente Sanguíneo (ITS)	Catéter Venoso Central (CVC)	UCI Adultos	1.04	3.66
		Neonatología	7.40	3.97
	Catéter Venoso Periférico (CVP)	UCI Pediatría	1.91	1.71
Endometritis Puerperal	Parto Vaginal Cesárea	Gineco Obstetricia	0.06	0.17
			0.37	0.3
Infección de Herida Operatoria	Colecistectomía Hernio plastia Inguinal(*)	Cirugía	0.00	0.25
			0.00	0.45
	Parto por Cesárea	Gineco Obstetricia	0.50	1.20

Las tasas que se encontraron por encima de nuestro promedio de hospitales Nivel III-1, fueron infección al torrente sanguíneo por catéter central y catéter periférico en UCI Neonatal, así como Infección al tracto urinario asociado a catéter urinario permanente en Medicina y Cirugía por último neumonía por ventilación mecánica en UCI Neonatal.

**TABLA 3**

**Tasa de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) según servicios Hospital Cayetano Heredia 2014 - 2022**

Años	UCI Neonatal			UCI Adultos			Gineco Obstetricia			Medicina	Cirugía			UCI Pediatría			UCI Cirugía			UCI Medicina		
	ITS x CVC	ITS x CVP	Neum x VM	ITS x CVC	ITU x CUP	Neum x VM	T. End en PV	T. End en PC	T. IHO en PC	ITU x CUP	ITU x CUP	T. IHO en COLE	T. IHO en HI	ITS x CVC	ITU x CUP	Neum x VM	ITS x CVC	ITU x CUP	Neum x VM	ITS x CVC	ITU x CUP	Neum x VM
2014	11.35	1.11	10.23	7.06	5.73	21.19	0.17	1.35	1.07	10.44	4.62	0.00	0.00	10.42	10.20	2.30	10.25	5.69	29.09	5.39	5.75	17.69
2015	7.31	0.89	8.26	10.68	4.87	17.06	0.14	1.35	1.72	4.39	2.28	0.00	0.00	11.60	8.85	2.49	10.36	5.99	22.76	10.84	4.81	9.43
2016	15.75	2.30	4.72	6.33	5.43	17.06	0.05	1.11	1.53	2.50	2.56	0.00	0.00	7.35	0.00	1.51	10.12	2.73	21.40	4.60	6.76	11.74
2017	13.14	0.72	8.34	4.08	2.16	7.77	0.22	0.86	0.86	2.22	1.01	0.00	0.00	5.59	28.17	0.00	7.83	3.84	7.59	2.31	1.36	7.85
2018	7.35	0.00	7.50	4.24	4.86	5.04	0.24	0.48	1.08	3.88	2.64	0.00	0.00	6.56	0.00	2.55	6.12	1.61	2.96	3.14	6.66	6.23
2019	9.92	0.00	10.19	3.93	2.80	6.38	0.25	0.40	0.64	3.63	4.90	0.00	0.00	3.56	0.00	2.40	4.49	4.32	3.38	3.50	1.64	8.35
2020	8.16	1.46	14.08	5.57	0.96	36.95	0.05	0.04	0.17	1.98	5.19	0.00	0.00	6.92	0.00	0.00	4.16	0.00	21.51	6.17	1.38	43.97
2021	1.10	0.00	0.00	3.32	2.73	25.32	0.11	0.37	0.37	5.63	4.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.61	8.99	3.98	2.56	28.73
2022	7.40	3.62	3.66	1.04	3.02	6.20	0.06	0.37	0.60	4.46	3.21	0.00	0.00	1.91	0.00	0.00	1.23	4.06	2.98	0.96	2.65	7.33
TASA HOSP III-1 (Bol SE-31-2021)	3.97	0.51	2.97	3.66	3.21	15.64	0.14	0.29	1.01	2.29	1.73	0.25	0.45	1.71	4.58	4.01	3.66	3.21	15.64	3.66	3.21	15.64

Las infecciones según servicios y factores de riesgo presentadas en la tabla 3, se ha correlacionado con las tasas referenciales de Hospitales III-1 que son nuestro parámetro de medición (Bol. CDC SE 31-2021).

**UCI Neonatal** los 3 indicadores de IAAS vigilados las ITS x CVC y ITS x CVP y NAV x VM están por encima de la tasa referencia identificándose como **servicio en riesgo extremo**, a fin de priorizar el monitoreo a la implementación de medidas para disminuir estos riesgos.

**UCI Adultos** consolida los indicadores de UCI Medicina, UCI Cirugía y UCI COVID, encontrándose en conjunto en **zona de bajo riesgo** por tener los tres indicadores por debajo de los promedios para hospital III-1.

**Gineco Obstetricia** presento 2 indicadores por debajo de los parámetros referenciales de medición y solo endometritis en cesáreas presento un ligero incremento que debe ser controlada este año 2023, se cataloga como **servicio en riesgo medio**, para la implementación de medidas de prevención y control en esta infección.

**Hospitalización Medicina** presenta el indicador ITU x CUP elevado, esta infección ha disminuido en relación al año anterior 2021, ubicándose en **servicio en riesgo extremo** por requerir fortalecerse las medidas de prevención para disminuir los riesgos de presencia de la infección.

**Hospitalización Cirugía** no presento casos de IHO en colecistectomías ni hernioplastias, sin embargo, el indicador de ITU x CUP que presenta una disminución en los últimos 3 años, aún se mantiene por encima del parámetro referencial de hospital III.1, ubicándose como **servicio de mediano riesgo** debiéndose no descuidarse las medidas de prevención en esta infección.

**UCI Pediatría**, no presento casos de ITU x CUP ni NAV x VM, sin embargo, la tasa de ITS x CVC se vio ligeramente encima de el parámetro referencial para hospital III-1, ubicándose como **servicio de mediano riesgo** debiéndose no descuidarse las medidas de prevención en esta infección.

**UCI Cirugía** se vigila 3 infecciones de ellos en 2 infecciones (ITS x CVC y NAV x VM), se encuentran por debajo de nuestros indicadores referenciales de medición, el indicador ITU x CUP si se encontró por encima de promedio para Hosp. III-1, ubicándose como **servicio de mediano riesgo** debiéndose no descuidarse las medidas de prevención en esta infección.

**UCI Medicina** se vigila tres infecciones cuyos indicadores presentaron resultados de tasas por debajo de los parámetros referenciales de medición para hospital III-1 por lo que se ubica como **servicio de bajo riesgo** sin embargo por los factores intrínsecos y extrínsecos de los pacientes obliga que las medidas deben continuarse aplicando como una cultura de seguridad.

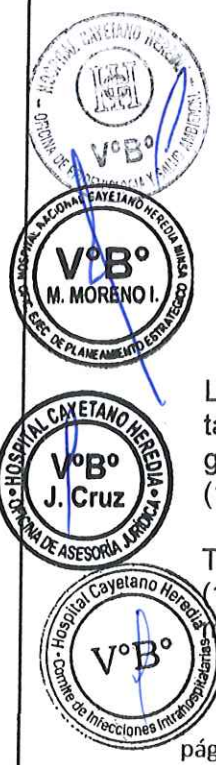
## B. Letalidad por infecciones asociadas a la atención en salud año 2022

TABLA 4

Factor de riesgo	Fallecidos 2022			IAAS - 2022			Letalidad de IAAS 2022			Letalidad de IAAS 2021		
	Fem	Mas	Total	Fem	Mas	Total	Fem	Mas	Total	Fem	Mas	Total
ITS	1	3	4	6	14	20	16.67	21.43	20.00	20.00	20.00	20.00
ITU	1	3	4	16	28	44	6.25	10.71	9.09	9.40	0.00	4.80
NAV	6	18	24	15	31	46	40.00	58.06	52.17	21.20	17.30	18.50
IHO	0	-	0	12	-	12	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00
Endometritis	0	-	0	10	-	10	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>74</b>	<b>132</b>	<b>22.22</b>	<b>32.43</b>	<b>24.24</b>	<b>15.20</b>	<b>14.70</b>	<b>15.00</b>

La tasa de letalidad de IAAS, es el desenlace más importante a vigilar, en un paciente que tal como se observa en la tabla 4 desarrolla alguna IAAS durante la hospitalización. La tasa global de letalidad por IAAS en el 2022, fue de 24.24%, aumento en relación al año 2021 (15%)

Tal y como se observa en la tabla N° 4, la tasa de letalidad más alta se encontró en NAV, (1 de cada 2 personas que desarrollo esta IAAS, falleció). La segunda causa de letalidad más alta, la alcanzó la ITS (20%).



En cuanto a género se encontró que el sexo masculino observa un mayor riesgo de mortalidad.

### C. Indicador de Convenios de Gestión año 2022

**TABLA 5**

HCH	UCI ADULTOS (COVID)	MEDICINA
	NAV	ITU-CUP
Valor Umbral 2021	25.3	5.6
Referencial	15.54	2.29
Diferencia	9.76	3.31
REF X 0.15	2.331	0.3435
Logro	27.631	5.2565

LOGROS:  
NAV X VM UCI ADULTOS= 6.2/1000  
ITU X CUP MEDICINA 4.5/1000

Los indicadores de Convenios de Gestión año 2022, incluyo a NAV en UCI Adultos, estableciéndose como meta objetivo 27.63/1,000, logrando al finalizar este año la tasa de 6.20/1,000, entendiéndose como adecuada las medidas de prevención instaladas. Otro indicador sujeto a medición fue infección al tracto urinario asociado catéter urinario, estableciendo como meta objetivo 5.25/1,000 logrando al finalizar este año la tasa de 4.50/1,000.

Fuente SVEIAAS OESA – Lic. Gloria Cisneros Escobar UEIE-OESA

### D. Microbiología de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)

**TABLA 6**

Muestras biológicas con aislamiento de germen en pacientes con Neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV)-2022

MUESTRA	N°	%
Secrecion Bronquial	30	66.7
Hemocultivo	4	8.9
Sin Aislamiento	11	24.4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**TABLA 7**

Aislamiento microbiológico, en pacientes con neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV)-2022

AGENTE	N°	%
Acinetobacter	17	44.7
Pseudomonas	7	18.4
Klebsiella	5	13.2
Stenotrophomonas	4	10.5
Estafilococo aureus	3	7.9
Otras Enterobacterias	2	5.3

Los datos que se presentan en las tablas 6 y 7, fueron obtenidos de los pacientes con diagnóstico de NAV en Unidades Críticas del Hospital Nacional Cayetano Heredia. De 45 casos de NAV, se logró obtener identificación de germen en el 75.6% (34 casos), de los cuales, el 66.7% fue mediante cultivo de secreción bronquial, y el resto por hemocultivo. De los agentes identificados, la bacteria más frecuentemente aislada, fue Acinetobacter baumannii, seguida por Pseudomonas aeruginosa y Klebsiella pneumoniae. Es importante resaltar, que el 73.3% de las NAV notificadas en el 2022, se presentaron en el primer semestre del año. Asimismo, el 64.7% de los aislamientos de Acinetobacter baumannii, en pacientes con NAV, fueron notificados en el primer trimestre del año (inmediatamente posterior a la tercera ola de COVID-19); y el 88.2% de los aislamientos de este mismo germen, fueron realizados durante el primer semestre del año.



**TABLA 8**

Porcentaje de aislamiento en cultivo de orina, en pacientes con Infección urinaria asociada a catéter urinario permanente (ITU-CUP)-2022

MUESTRA	N°	%
Orina	44	97.8
Sin Aislamiento	1	2.2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

**TABLA 9**

Porcentaje de aislamiento de germen en cultivo de orina, en pacientes con Infección urinaria asociada a catéter urinario permanente (ITU-CUP)-2022

AGENTE	N°	%
E. coli	16	36.4
Klebsiella	12	27.3
Proteus	6	13.6
Enterococo	5	11.4
Pseudomonas	3	6.8
Acinetobacter	2	4.5
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>

Los datos fueron obtenidos de pacientes con diagnóstico de ITU-CUP en Unidades Críticas del HNCH. El porcentaje de aislamiento de germen en cultivo de orina fue del 97.8%. De los aislamientos obtenidos, el germen más frecuente, causante de ITU-CUP, fue Escherichia coli, seguido de Klebsiella y Proteus. Importante destacar, que a pesar que E. coli, continúa siendo el agente más frecuente en infecciones urinarias, cuando estas están asociadas a dispositivo, el incremento de Klebsiella, como agente causal, es notable. Este hallazgo cobra vital importancia, cuando se detalla el notable incremento de resistencia a carbapenémicos que viene desarrollando Klebsiella, en los últimos años.

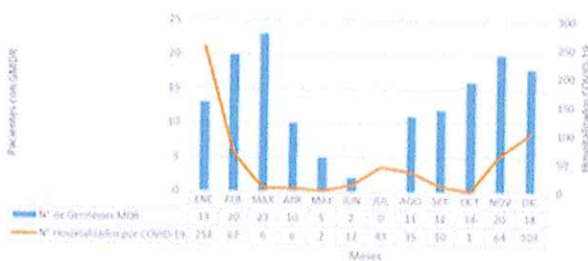
**TABLA 10**

Bacterias identificadas a través del Sistema de Vigilancia Activa de Gérmenes Multirresistentes- 2022

Germen	Frecuencia	%
Klebsiella pneumoniae	66	44.0
Acinetobacter baumannii	41	27.3
Pseudomonas aeruginosa	16	10.7
Escherichia coli	16	10.7
Enterobacter	5	3.3
Estafilococo aureus	4	2.7
Providencia stuartii	2	1.3
<b>Total</b>	<b>150</b>	

**GRAFICO 2**

Pacientes con GMDR y hospitalizados por COVID-19 durante 2022



La vigilancia de gérmenes multirresistentes, realizada durante el 2022, identificó 150 bacterias resistentes, en 120 pacientes hospitalizados. El 69.2% de los pacientes tenían la condición epidemiológica de COLONIZACIÓN. El 63% eran del sexo masculino, y la mediana de edad fue de 54 años. la bacteria más aislada, como parte de este sistema de vigilancia, fue Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasa (44%), seguida de Acinetobacter baumannii resistente a carbapenémicos (27.3%), Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenémicos (10.7%) y E coli productora de carbapenemasa (10.7%). Se identificó 4 aislamientos de Estafilococo aureus resistente a meticilina (MRSA). No se identificó aislamientos de Enterococo resistente a vancomicina (VRE). La carbapenemasa más frecuentemente aislada en Klebsiella y E coli, fue la metalobetalactamasa tipo NDM.



Durante el primer trimestre del año, se identificó un brote de E. coli productora de carbapenemasa tipo OXA-48, la cual se cree, continúa circulando en el hospital. El mayor número de casos fue identificado durante el primer y el cuarto trimestre, que coincidió justamente con el periodo inmediatamente posterior a la tercera y cuarta ola pandemia por COVID-19.

**TABLA 11**  
**Gérmenes multirresistentes según servicios HCH año 2022**

Germen	Servicios de toma de muestra													Total
	UCI Medicina	CO	UCE	UCI Modular	UCIN	Medicina A	Medicina B	Quirúrgica A	Quirúrgica B	Emergencia	Tropicales	UCI Pediatría	Pediatría I	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	13	14	9	4	5	2	3	7	4	0	1	2	2	66
<i>Acinetobacter baumannii</i>	15	8	10	5	2	0	0	0	0	0	0	1	0	41
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	5	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	16
<i>Escherichia coli</i>	1	4	4	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	15
<i>Enterobacter</i>	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
<i>Providencia stuartii</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>149</b>

En la tabla 11, se observan los gérmenes multirresistentes, distribuidos de acuerdo al servicio donde fueron identificados. Los servicios donde se obtuvo el mayor número de aislamientos, fueron la UCI Medicina, UCI Quirúrgica y la Unidad de Cuidados Especiales (UCE). Entre estas 3 unidades, se identificó más del 60% del total de gérmenes aislados durante el año. Esta información refuerza la necesidad de potenciar las medidas de prevención y control de gérmenes resistentes según mecanismo de transmisión, principalmente en las Unidades Críticas.

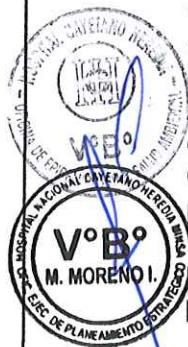
FUENTE SVEIAAS OESA - Dr. Carlos Alberto Medina Collado UEIE-OESA

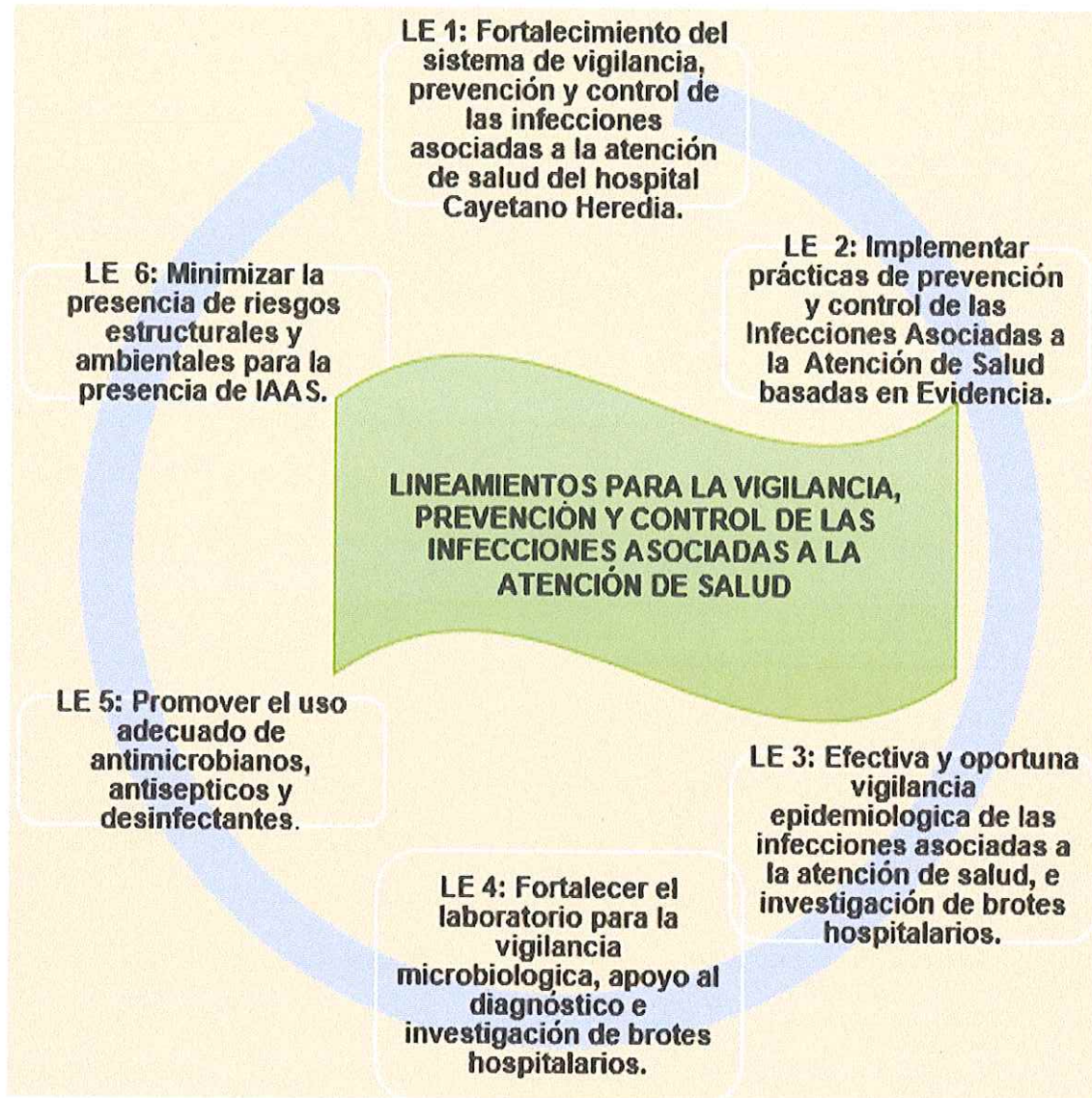
## VIII. ESTRATEGIAS.

### LINEAMIENTOS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.

Documento Técnico aprobado mediante Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, establece los lineamientos a través de los cuales los establecimientos de salud del país gestionarán y asignarán recursos financieros, humanos y los mecanismos que le permitan cumplir con las acciones dirigidas a la vigilancia, prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, en el marco de la Seguridad del Paciente. En concordancia con el documento técnico: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del MINSA, las actividades del presente Plan, se han enmarcado dentro de los 6 lineamientos:

El presente plan acoge esta directiva y lo adapta a nuestras necesidades identificadas en la situación actual de las IAAS en el 2022.





### PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

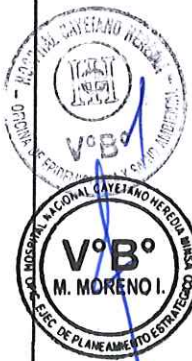
Las actividades correspondientes a la prevención y control de infecciones forman parte de las actividades programadas de las distintas oficinas y Servicios y están incorporadas dentro del Plan Operativo Institucional (POI), las cuales son reportadas periódicamente a la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, quien realiza el seguimiento del cumplimiento de lo programado.

(Anexo 1) Pág. 20-24

### IX. INDICADORES

Los indicadores de proceso que se emplearán están consignados en la matriz del plan de actividades, y serán medibles a lo largo del año. Los indicadores de resultado serán las tasas de densidad de incidencia o incidencia acumulada de las IAAS sujetas a vigilancia diaria.

Con respecto prevención y control, se empleará indicadores de proceso relacionados con el monitoreo de la adherencia a las medidas implementas.





Denominación del Indicador	Tipo	Numerador	Denominador	Formula	Fuente	Población Incluida	Muestra	Frecuencia	Objetivo	Responsables	
HIGIENE DE MANOS	Medición de la adherencia a los cinco momentos	Resultados	Acciones de HM correctas	Indicaciones de los 5 momentos	Acciones de LM/FA/Indicaciones en los 5 momentos x 100	RR.HH Ofic Epidemiología y Comité de PC IAAS	Personal que labora en cuidados intensivos, intermedios, hospitalización y emergencias	1700	semestral	75%	OESA
	Medición de la adherencia a los cinco momentos	Resultados	Acciones de HM correctas	Indicaciones de los 5 momentos	Acciones de LM/FA/Indicaciones en los 5 momentos x 101	RR.HH Ofic Epidemiología y Comité de PC IAAS	Personal que labora en cuidados intensivos, intermedios, hospitalización y emergencias	340	mensual	60%	observadoras capacitadoras de cada servicio
	Evaluación técnica de la HM	Resultados	Observaciones cumplidas	Total de trabajadores observados	Personal con Tec. Cumplida de HM de LM o FA/total de personal evaluado	Ofic. Epidemiología Comité Bioseguridad de servicios	Personal que labora en cuidados intensivos, intermedios, hospitalización y emergencias	170	semestral	75%	OESA
	Evaluación técnica de la HM	Resultados	Observaciones cumplidas	Total de trabajadores observados	Personal con Tec. Cumplida de HM de LM o FA/total de personal evaluado	Ofic. Epidemiología Comité Bioseguridad de servicios	Personal que labora en cuidados intensivos, intermedios, hospitalización y emergencias	38	mensual	60%	observadoras capacitadoras de cada servicio
	Uso de antisépticos y desinfectantes	Proceso	Servicio con cumplimiento de cuidados de almacenamiento, dispensación y uso de antisépticos y desinfectantes	Servicios intervenidos en el periodo de observación	Servicio con resultados óptimos en almacenamiento, dispensación y uso de antisépticos y desinfectantes / Total de servicios incluidos en la observación en el periodo determinado x 100	Farmacia /servicios de enfermería	Cuidados intensivos y hospitalización	50%	Semestral	80%	Farmacia / Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA/ Enfermería
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE IAAS	Neumonía x ventilación mecánica (NAV x VM)	Resultados	Episodios de neumonía asociada a ventilación mecánica	Días ventilación mecánica	DI = episodios de NAV/días VM x 1000	Vigilancia epidemiológica	Todos los pacientes portadores de ventilación mecánica	No aplica	mensual		Unidad de Vigilancia de OESA
	Bacteremia asociada a Cateter Venoso Central (ITS x CVC)	Resultados	Episodios de bacteremia asociada a cateter central	Días Cateter Central	DI = episodios de ITS/días XCVC x 1000	Vigilancia epidemiológica	Todos los pacientes portadores de cateter central	No aplica	mensual	75%	Unidad de Vigilancia de OESA
	Infección al Tracto Urinario x Cateter Urinario permanente (ITU x CUP)	Resultados	Episodios de Infección Urinaria asociada a cateter Urinario	Días Cateter Urinario	DI = episodios de ITS/días XCVC x 1000	Vigilancia epidemiológica	Todos los pacientes portadores de cateter urinario permanente	No aplica	mensual	75%	Unidad de Vigilancia de OESA
	Infección en sitio quirúrgico	Resultados	Episodios de infección asociados a sitio quirúrgico	Días vigilancia	Incidencia = episodios de ISQ/días vigilancia X 100	Vigilancia epidemiológica	Todos los pacientes sometidos a cirugía de vigilancia epidemiológica	No aplica	mensual	75%	Unidad de Vigilancia de OESA

Denominación del Indicador	Tipo	Numerador	Denominador	Formula	Fuente	Población Incluida	Muestra	Frecuencia	Objetivo	Responsables	
MEDIDAS COMPROBADA PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS	Profilaxis antimicrobiana	Proceso	número de procedimientos que requieren profilaxis antibiótica con elección de esquema antibiótico adecuada a la guía (dropa, dosis y tiempo de aplicación antes de la apertura de incisión quirúrgica).	Número de procedimientos observados en el periodo y servicio de estudio	Número de procedimientos que requieren profilaxis antibiótica / Número de procedimientos que requieren profilaxis antibiótica realizados en el periodo y servicio de estudio x 100	HC y Kardex de enfermería de pacientes de servicios hospitalarios estudiados	Cirugías que requieren profilaxis antibiótica según protocolo dentro de las siguientes especialidades: Ortopedia y Traumatología; Cardiovascular; Gastrointestinal; Obstetricia y Neurocirugía.	5% cirugías	trimestral	75%	Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA
	Evaluación de adherencia a Paquete de medidas comprobadas específicas	Proceso	N° de pacientes con paquete de medidas para neumonía x VM implementada	N° total de pacientes con paquete de medidas para NAV x VM observadas	Pacientes con paquete de medidas para neumonía x VM implementada / Total de Pacientes observados x 100	Vigilancia epidemiológica	Unidades críticas	100%	trimestral	75%	Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA
		Proceso	N° de pacientes con paquete de medidas para BAC x CVC implementada	N° total de pacientes con paquete de medidas para BAC x CVC observadas	Pacientes con paquete de medidas para BAC x CVC implementada / Total de Pacientes observados x 100	Vigilancia epidemiológica	Unidades críticas	100%	trimestral	75%	Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA
		Proceso	N° de pacientes con paquete de medidas para ITU x CUP implementada	N° total de pacientes con paquete de medidas para ITU x CUP observadas	Pacientes con paquete de medidas para ITU x CUP implementada / Total de Pacientes observados x 100	Vigilancia epidemiológica	Unidades críticas, medicina y cirugía	100%	trimestral	75%	Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA
		Proceso	N° de pacientes con paquete de medidas para IHO implementada	N° total de pacientes con paquete de medidas para IHO observadas	Pacientes con paquete de medidas para IHO implementada / Total de Pacientes observado x 100	Vigilancia epidemiológica	Cirugía y Gineco Obstetricia	100%	trimestral	75%	Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA
	Medición de aislamiento de pacientes portadores de gérmenes resistentes	Proceso	N° de Fichas de listado de aislamiento según vía de transmisión en el periodo de estudio	Pacientes en aislamiento portadores de gérmenes resistentes	N° de Fichas aislamiento correcto según vía de transmisión / Pacientes en aislamiento portadores de gérmenes resistentes	Ofic epidemiología	Pac. Portadores de gérmenes resistentes	100%	Trimestral	100%	Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA
	Control bacteriológico de casos portadores de gérmenes resistentes	Proceso	Toma de muestra hisopado rectal de pac. Portadores de gérmenes resistentes en las fechas que corresponda	Pacientes portadores de gérmenes resistentes que corresponda toma de muestra	Toma de muestra hisopado rectal de pac. / Pacientes portadores de gérmenes resistentes que corresponda toma de muestra x 100	Laboratorio y Ofic epidemiología	Pac. Portadores de gérmenes resistentes	80%	Mensual	100%	Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA
	Uso racional de antimicrobianos	Proceso	Pacientes con orden de antimicrobianos de uso restringido con evaluación de infectología	Total de pacientes con uso de antimicrobianos de uso restringido en un periodo determinado	Pacientes evaluados por infectología / Pacientes con uso de antimicrobianos de uso restringido en un periodo determinado x 100	Farmacia e infectología	Cuidados intensivos y Emergencia	100%	Bimestral	100%	Farmacia / Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA



Denominación del Indicador	Tipo	Numerador	Denominador	Formula	Fuente	Población Incluida	Muestra	Frecuencia	Objetivo	Responsables
INSPECCION A LOS RESIDUOS SOLIDOS	Proceso	Servicios con segregación optima de residuos sólidos en el punto inicial de segregación	Total de puntos de segregación inicial observados por servicios en periodo de estudios	Segregación optima de residuos sólidos en el punto inicial / Total de puntos de segregación inicial observados por servicios en periodo de estudios X 100	servicios / OESA	Servicios hospitalarios	100%	Bimeneual	50%	Unidad de Salud Ambiental de OESA
		Servicios con almacenamiento optima de residuos sólidos en almacenes intermedios hospitalarios	Total de servicios con de almacenamiento intermedio observados en periodo de estudios	Segregación optima de residuos sólidos en el punto Intermedio de almacenamiento / Total de servicios con de almacenamiento intermedio observados en periodo de estudios			100%	semestral	50%	
		Segregación optima de residuos sólidos en el almacenamiento final	Total observaciones al almacenamiento final en el periodo de estudios.	Segregación optima de residuos sólidos en el almacenamiento final / Total observaciones al almacenamiento final en el periodo de estudios. X 100			100%	Bimeneual	100%	
Limpieza y desinfección de la Unidad del paciente	Proceso	N° de hisopados de espacios inertes con resultados positivos a gérmenes en unidad de brote.	N° total de hisopados de espacios inertes obtenidos de la unidad del paciente en unidad de brote	N° de hisopados con resultados positivos a gérmenes / N° total de hisopados obtenidos de la unidad del paciente x 100	Laboratorio	Unidad en brote	2	semestral		Departamento de Patología Clínica
	Proceso	N° de unidad del paciente sin marcas	total de unidad del paciente observados	N° de unidad del paciente sin marcas / Total de unidades de paciente observados x100	Ofic. Epidemiología	Unidades con pacientes en aislamiento	25	bimeneual	100%	Unidad de Evaluación e Investigación epidemiológica de OESA
Inspección a la limpieza y desinfección del ambiente hospitalario por SERVIS contratado	Proceso	Servicios con limpieza y desinfección optima	Total de servicios inspeccionados en periodo de observación	Servicios con limpieza y desinfección optima / Total de servicios inspeccionados en periodo de observación x 100	servicios / OESA	Servicios hospitalarios	30	Menual	60%	Unidad de Salud Ambiental de OESA

## X. PRESUPUESTO

N°	ARTICULO	UNIDAD DE MEDIDA	TOTAL	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Papel Bond de 80 gr. Tamaño A4	Millar	2	40	40
2	Tinta para impresora EPSON L395	unidad	2	120	240
3	Folder manila Tamaño Carta	ciento	1	20	20
4	Fasteners	caja	1	15	15
5	Equipos de computo	unidad	2	2500	4000
6	Movilidad para ponentes	soles	10	50	500
7	Material de promoción y difusión de aislamiento según vías de trasmision	millar	3	1000	3000
8	Material de promoción y difusión de paquete de medidas comprobadas	millar	1	1000	1000
9	Material de difusion y promoción higiene de manos	millar	3	1000	3000
10	Hisopos para bioluminiscencia	1000	1	80	80
TOTAL				11895	

\* Solo se han considerado los recursos necesarios para las actividades de Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental que implica en el desarrollo del Plan.



## XI. RESPONSABILIDADES

### **De la Elaboración Anual del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)**

Unidad de Evaluación e Investigación Epidemiológica de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

### **De la Revisión y Aprobación del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)**

Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

### **Del desarrollo de planes y normas**

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

Comité de VPC de IAAS

### **De la Capacitación para Desarrollo de Conocimientos, Habilidades y Destrezas en Medidas de Prevención.**

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental,

Unidad de Gestión de Desarrollo y Capacitación

Jefaturas de Unidades Críticas, Hospitalización y Emergencias

### **De la Vigilancia selectiva, focalizada, activa de los servicios seleccionados, con pacientes que cuenten con factores de riesgo (dispositivos y/o procedimientos sujetos a vigilancia epidemiológica)**

Oficina de Epidemiología Salud Ambiental

Laboratorio de Microbiología

### **Del Monitoreo de las Medidas de Prevención y Control de Infecciones.**

Comité ampliado de VPC de IAAS

### **De la Implementación y Ejecución en Relación a las, Medidas de Prevención y Control**

Las jefaturas de Enfermería de cada Unidad Crítica y Servicios de Hospitalización.

Jefaturas Médicas de cada Unidad Crítica y Servicios de Hospitalización.

Comités de Bioseguridad y Calidad de cada Unidad Crítica y Servicios de Hospitalización.

### **De la Elaboración Informes, Análisis de Indicadores de Convenios de Gestión.**

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

## XII. FINANCIAMIENTO

El plan de actividades de prevención y control de infecciones será financiado íntegramente con el presupuesto destinado a las actividades de cada servicio para el cuidado de los pacientes y del personal del Hospital cayetano Heredia que están incorporadas en el Plan Operativo Institucional.

## XIII. EVALUACIÓN

La evaluación del cumplimiento de las actividades programadas será realizada por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, presentada y discutida en reunión del comité ampliado del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.



#### XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Documento técnico. Manual de limpieza y desinfección de la unidad del paciente del Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Año 2022. <https://heves.gob.pe/wp-content/uploads/2022/02/RD-16-2022-DE-HEVES.pdf>
2. Jiménez A, Villegas M. Manual de prevención y control de bacterias multirresistentes, [https://acin.org/images/guias/Manual\\_Prevencion\\_bacterias\\_MDR\\_ACIN\\_2019.pdf](https://acin.org/images/guias/Manual_Prevencion_bacterias_MDR_ACIN_2019.pdf)
3. Cindy Pastrana-Domínguez C, Rosa Amarilis Zárate-Grajales R, Velázquez-Moreno E. Instrumento de auditoría de cumplimiento del protocolo de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1344065/2020\\_28\\_319-333.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1344065/2020_28_319-333.pdf)
4. Márquez Rivero P, Álvarez Pacheco. Protocolo basado en la evidencia de los cuidados de los catéteres urinarios en unidades de cuidados intensivos, *Enfermería Intensiva*, Volumen 23, Issue 4, 2012. Pages 171-178, ISSN 1130-2399. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239912000193>
5. Glowicz JB, et al. SHEA/IDSA/APIC. Recomendación: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/sheaidaapic-practice-recommendation-strategies-to-prevent-healthcare-associated-infections-through-hand-hygiene-2022-update/FCD05235C79DC57F0E7F54D7EC314C2C>
6. Jacovelli, A., Oliva, A., Siccardi, G. et al. Risk factors and effect on mortality of superinfections in a newly established COVID-19 respiratory sub-intensive care unit at University Hospital in Rome. *BMC Pulm Med* 23, 30 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12890-023-02315-9>
7. Klompas, M., Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E., Greene, L., .. Berenholtz, S. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/strategies-to-prevent-ventilator-associated-pneumonia-ventilator-associated-events-and-nonventilator-hospital-acquired-pneumonia-in-acute-care-hospitals-2022-update/A2124BA9B088027AE30BE46C28887084>
8. Buetti, N., Marschall, J., Drees, M., Fakhri, M., Hadaway, L., Maragakis, L., .. Mermel, L. (2022). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/strategies-to-prevent-central-line-associated-bloodstream-infections-in-acute-care-hospitals-2022-update/01DC7C8BBEA1F496BC20C6E0EF634E3D>
9. Lara Román C. Estandarización Criterios para Acreditación IAAS. Clínica MEDS. Chile, [http://www.sociedad-iih.cl/doc\\_Asociacion\\_Metreg/EstandarizacionCriteriosAcreditacionIAAS.pdf](http://www.sociedad-iih.cl/doc_Asociacion_Metreg/EstandarizacionCriteriosAcreditacionIAAS.pdf)



10. John H. Harp. Observational study of sterile field bioburden levels during orthopedic arthroplasty surgery in operating rooms complying with current United States ventilation specifications, American Journal of Infection Control, 2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655322007908>



XV. ANEXOS

01 PLAN DE ACTIVIDADES

LINEAMIENTO	ACTIVIDADES	TAREA	INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
LINEAMIENTO 1: Sistema Nacional de Vigilancia, prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, implementado y articulado en todo el país	Actualización e implementación de Documentos Normativos y planes en Vigilancia, Prevención y Control de IAAS en el HCH	Actualización del Manual de Prevención y Control de IAAS	Manual aprobado por RD	1		1												
		Elaboración del Manual de Vigilancia epidemiológica de las IAAS	Manual aprobado por RD	1		1												
		Elaboración del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de gérmenes resistentes	Plan aprobado	1		1												
		Elaboración del Plan para el Estudio de Prevalencia de las IAAS en el HCH	Plan aprobado	1			1											
		Elaboración del Plan de capacitación en Vigilancia, Prevención y Control de IAAS	Plan aprobado	1		1												
		Elaboración del Plan de fortalecimiento de la práctica de higiene de manos en el HCH	Plan aprobado	1			1											
		Conformación del equipo de supervisores de medidas de prevención de infecciones	Equipo autorizado mediante RD						1									
		Implementación y monitoreo de la operatividad de los Comités de Prevención y Control de IAAS.	Señales ordinarias con el comité ejecutivo de Prevención y control de IAAS	acta con acuerdos	11			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			Señales con comité ampliado IAAS	acta con acuerdos	3			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			Señales extraordinarias comité de IAAS	acta con acuerdos	2			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Señales ordinarias de PROA	acta con acuerdos		6			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Desarrollo de competencias del personal de salud en relación a la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS.	Capacitación en Vigilancia epidemiológica de IAAS	RI-HH capacitado	1		1													
	Formación de observadoras capacitadas en Higiene de manos, clínico y quirúrgico	Servidas con equipo de observadoras	16				4	4	4	4								
	Capacitación en Paquete de medidas comprobadas para prevención y control de IAAS	Servidas capacitados	11				8	3										
	Capacitación en Aislamiento según vía de transmisión	servicios capacitados	6					6										
	Capacitación en Precauciones estándar	servicios capacitados	3						3									
	Capacitación en Manejo de residuos sólidos hospitalarios	RI-HH capacitado	4				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	Capacitación en seguridad del paciente en inducción a personal y alumnos nuevos al HCH	RI-HH capacitado	10				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	Capacitación en seguridad del paciente en Educación continua de servicios hospitalarios	RI-HH capacitado	5					1	1	1	1	1	1	1	1	1		



LINEAMIENTO	ACTIVIDADES	TAREA	INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
LINEAMIENTO 1: Sistema Nacional de Vigilancia, prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, implementado y articulado en todo el país	Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la normatividad y planes de trabajo en prevención y control de las IAAS.	Evaluación del cumplimiento del Plan de Vigilancia epidemiológica de IAAS.	Informe	2					1							1	
		Evaluación del cumplimiento en el Plan de Prevención y Control de IAAS	Informe	2					1								1
		Evaluación al nivel de conocimientos en vigilancia de IAAS	Informe	1					1								
		Análisis del estudio de Prevalencia de las IAAS	Informe	1						1							
		Evaluación del Plan de capacitación en prevención y control de IAAS	Informe	1							1						
	Promover que los establecimientos de salud dispongan de infraestructura e equipamiento necesario para la vigilancia, prevención y control de las IAAS. Supervisión del abastecimiento adecuado y oportuno de materiales, insumos, material médico, y otros, necesarios para la atención de salud con calidad.	Formulación de la Unidad de Evaluación e Investigación de la OIEA con personal que retorna de Trabajo Remoto, asignado infraestructura y equipos para desarrollo de actividades y áreas relacionadas a prevención y control de IAAS	Servicio adecuado en infraestructura, equipamiento para trabajo diario	2													
		Inventario de infraestructura e insumos para la HM	servicio intervenido	30													
		Análisis de la disponibilidad de insumos e infraestructura para la HM	Informe	1													
		Monitoreo del consumo mensual de insumos para la HM, según servicios intervenidos	unidad de paciente intervenido	380													
		Promoción a las medidas mediante recordatorios en material de publicidad, para medidas de prevención de IAAS	Informe	2													
LINEAMIENTO 2: Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia científica.	Socialización e implementación del uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia científica.	Medición de la adherencia a las medidas para la prevención de infección de torrente sanguíneo asociado a catéter Venoso central	Lista de chequeo aplicada	2													
		Análisis de la Adherencia al paquete de medidas de prevención ITS x OVC	Informe	2													
		Medición de la adherencia a las medidas para la prevención de Infección de Neumonía asociado a ventilación mecánica	Lista de chequeo aplicada	30													
		Análisis de la adherencia al paquete de medidas de prevención neumonía x VM	Informe	2													
		Medición de la adherencia a las medidas para la prevención de infección urinaria en pacientes con catéter urinario	Lista de chequeo aplicada	30													
		Evaluación de la adherencia al paquete de medidas de prevención infección urinaria x CUP	Informe	2													
		Medición de la adherencia a las medidas para la prevención de infección de herida operatoria	Lista de chequeo aplicada	30													
		Análisis de la adherencia al paquete de medidas de prevención infección de herida operatoria	Informe	2													
		Adherencia al uso de profilaxis antimicrobiana	Informe	30													
		Análisis de brechas en la adherencia a la profilaxis antimicrobiana	Informe	2													

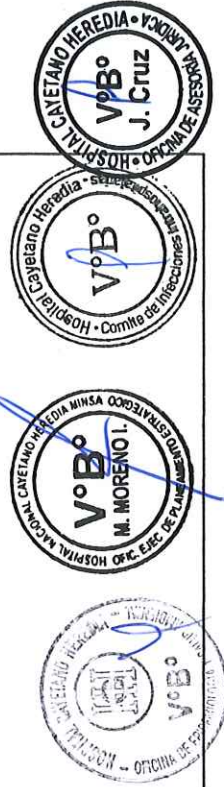


LINEAMIENTO	ACTIVIDADES	TAREA	INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
LINEAMIENTO 2: Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia	Fortalecimiento de la estrategia "Cirugía limpia es una cirugía segura".	Adherencia a la verificación de listas de chequeo en centro quirúrgico	Lista de chequeo aplicada	20				10					10				
		Análisis de brechas en listas de verificación de cirugía segura	Informe	2						1					1		
		Formación de observadores capacitados en higiene de manos clínica y quirúrgico	Servicio intervenido	15				3	3	3							
		Medición de la adherencia a la HM en los cinco momentos y técnica adecuada	Informe	2						1							1
		Higiene de mano en observación interna de servicio	Fichas aplicadas	1200				300	300	300	300						
LINEAMIENTO 3: Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud, e investigación de brotes hospitalarios.	Desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAS en los establecimientos de salud.	Procesamiento de información de observación de HM interna por cada servicio	base de datos	1200				300	300	300	300						
		Análisis de observación interna de HM por servicios	Informe	6						1	1	1	1				
		Plan del Día de la Higiene de Manos	Plan aprobado	1													
		Lanzamiento de la campaña por día mundial de higiene de manos	Informe	1													
LINEAMIENTO 3: Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud, e investigación de brotes hospitalarios.	Desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAS en los establecimientos de salud.	Recepción de información de las IH sujetas a vigilancia por servicios seleccionados, según norma institucional	Visita por servicio día (PACIENTE)	31200													
		Recepción de información de las IH sujetas a vigilancia por servicios seleccionados, según necesidad institucional	Visita por servicio día (PACIENTE)	3600													
		Notificación oportuna de probables brotes de IAAS en servicios	Probable brote notificado al sistema CDC	12					1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Investigación epidemiológica en casos probables de brotes	Probable brote notificado con 3 informes enviados al CDC	36					3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Análisis de información de resultados de vigilancia epidemiológica de las IAAS	Informe	12					1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Análisis y resultados de los indicadores de IAAS en convenios de gestión 2023	Informe	4													
		Ejecución del Estudio de prevalencia de las IAAS y germenres resistentes del HCR	Estudio realizado	1													
		Socialización de resultados de estudio de prevalencia y germenres de IAAS	Reunión	1													

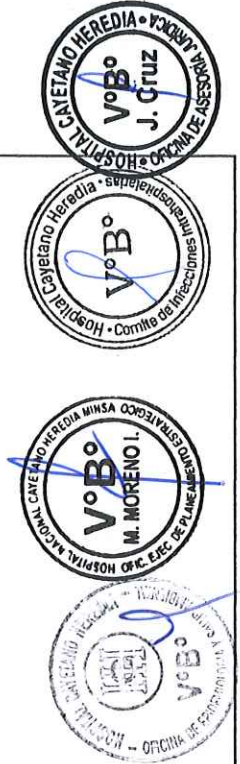




LINEAMIENTO	ACTIVIDADES	TAREA	INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
LINEAMIENTO 4: Disponibilidad de laboratorios con capacidad resolutoria para la vigilancia microbiológica, apoyo al diagnóstico e investigación de brotes hospitalarios	Realización efectiva y oportuna de la vigilancia de la resistencia antimicrobiana.	Vigilancia activa y medidas de aislamiento según vías de transmisión en portadores de gérmenes resistentes en cuidados críticos	ficha aplicada	420	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35		
		Vigilancia activa y medidas de aislamiento según vías de transmisión en portadores de gérmenes resistentes en hospitalización	ficha aplicada	420	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	
	Disponibilidad de los resultados microbiológicos oportunos y de calidad para la toma de decisiones	Control bacterológico a los casos y sospechosos en Cuidados críticos y hospitalización	paciente con toma de muestra de control	420	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	
		Envío de aliquotas positivas a gérmenes resistentes al INS para control de calidad	muestra enviada	12			3											
		Notificación inmediata a servicios y epidemiología ante el hallazgo de gérmenes resistentes en cuidados críticos, hospitalización y emergencia	notificación ejecutada	120														
		Elaboración de un mapa microbiológico institucional	mapa microbiológico	2	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
		Análisis de resultados de vigilancia de gérmenes resistentes	Informe	2							1							
		Envío de muestras al INS en probables brotes de IAS	muestra de brote enviado INS	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
		LINEAMIENTO 5: Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos y desinfectantes	Elaboración del programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA)	Elaboración del programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA)	programa institucional aprobado por RID	1												
				Digitación de fichas de PROA	ficha digitada	1440			1									
Análisis de resultados del programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA)	Informe			2							1							
Uso racional de antimicrobianos, antisépticos y desinfectantes	Monitoreo del uso, dispensación y almacenamiento de antisépticos y desinfectantes de uso en servicios hospitalarios		lista de chequeo aplicada	40				20										
	Evaluación del uso, dispensación, almacenamiento y uso de antisépticos y desinfectantes		Informe	2														



LINEAMIENTO	ACTIVIDADES	TAREA	INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
LINEAMIENTO 6: Gestión del riesgo relacionado con el manejo de residuos sólidos y agua alimentos, vectores y roedores	Manejo adecuado de residuos comunes y peligrosos.	Vista de inspección a la gestión de los residuos sólidos	fecha aplicada	240	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
		Evaluación de la calidad de manejo de residuos sólidos	informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Monitoreo de la Limpieza y desinfección hospitalaria	Vista de inspección a la calidad de limpieza y desinfección de ambientes hospitalarios	fecha aplicada	240	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
		Evaluación de la calidad de limpieza y desinfección de ambiente hospitalario	informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Monitoreo del uso del agua y alimentos seguros.	Inspección a Limpieza y desinfección de tanques y reservorios de agua	fecha aplicada	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Inspección a la calidad del agua de consumo humano	fecha aplicada	96	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
		Evaluación de la calidad del agua	informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		Inspección al almacenamiento y expendio de alimentos en el HCH	fecha aplicada	6						3							
		Evaluación del almacenamiento, expendio de alimentos en el HCH	informe	2													



FICHA 1

OBSERVACION DE LOS MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS

Centro:		Número de periodo*:		Número de sesión*:	
Servicio:		Fecha: (dd/mm/aa)	/ /	Observador: (Iniciales)	
Departamento:		Hora de inicio/fin: (hh:mm)	: / :	Nº de página:	
País:		Duración sesión: (mm)		Ciudad**:	

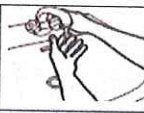










Cat. prof N°			Cat. prof N°			Cat. prof N°			Cat. prof N°		
Op	Indicación	Acción de HM	Op	Indicación	Acción de HM	Op	Indicación	Acción de HM	Op	Indicación	Acción de HM
1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	2	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	3	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. entp	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. entp	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. entp	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	4	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. entp	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	5	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	6	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	7	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes
8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes	8	<input type="checkbox"/> ant. pac. <input type="checkbox"/> ant. t.asept. <input type="checkbox"/> desp. c.fc. <input type="checkbox"/> desp. c.pac. <input type="checkbox"/> desp. ent.pc	<input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> omisión <input type="checkbox"/> guantes



FICHA 2

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN

Servicio: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años de servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
 N° Cama: \_\_\_\_\_ N° Pacientes: \_\_\_\_\_

N°	ACTIVIDADES		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Se moja las manos con agua corriente.				
2	Se aplica jabón para cubrir la superficie de las manos				
3	Se frota la palma con palma.				
4	Se frota la palma con dorso y viceversa.				
5	Frotación de interdigitales				
6	Se frota las palmas de las manos con los dedos entrelazados				
7	Se frota con un movimiento de rotación del pulgar izquierdo, rotándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.				
8	Se frota la punta de los dedos de la mano contra la palma haciendo un movimiento de rotación y viceversa.	 <small>Se frota en la palma de la mano en forma circular y viceversa.</small>			
9	Se enjuaga las manos con agua.				
10	Se seca con una toalla descartable.				
11	Utiliza el papel toalla para cerrar el grifo.	 <small>con la misma toalla</small>			
Duración		40-60 Seg.			
Total					%



FICHA N° 3

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA

Servicio: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años de servicios: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
 N° Cama: \_\_\_\_\_ N° Pacientes: \_\_\_\_\_

N°	ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Deposita en la palma de la mano una cantidad de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar			
2	Se frota la palma con palma			
3	Frota la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.			
4	Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.			
5	Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta.			
6	Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo rotándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.			
7	Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.			
Duración		20-30 Seg.		
Total				%



## FICHA 4



PERU Ministerio de Salud

Ministerio de Promoción y Asesoramiento en Salud

Hospital Nacional Cayetano Heredia



EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD HOSPITALARIA

### CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL SANITARIO

FECHA	SERVICIO	GRUPO OCUPACIONAL	TURNO	EDAD
N°	ITEM	SI	NO	Comentario
1	La principal vía de transmisión de gérmenes entre los pacientes en el hospital son las manos del personal			
2	la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, son los microorganismos presentes en el paciente			
3	Cuando usted ingresa a la habitación y va a tocar al paciente, debe higienizarse las manos			
4	La higiene de manos con agua y jabón es cuando se ha estado expuesto a fluidos corporales			
5	La higiene de manos por fricción con alcohol gel debe durar entre 20 y 30 segundos			
6	El punto de atención es la unidad del paciente			
7	El momento de la HM que protege al trabajador y al medio ambiente hospitalario es después del contacto con el paciente			
8	El uso del alcohol gel es más económico, mejor tolerado y tiene la misma o mejor eficiencia que el jabón, por ello debe usarse siempre en la atención al paciente.			
9	Las acciones de Higiene de manos son más eficaces cuando la piel de las manos se encuentra libres de heridas, sin esmalte, sin joyas			
10	El tiempo para realizar la higiene de manos no es importante, lo importante es el uso de un buen antiséptico			
<b>PUNTAJE TOTAL</b>				
<b>VALORACION</b>				

Valoración:

Satisfactorio >8

aceptable >6

deficiente = 0 < 5

**NOMBRE DEL AUDITOR:** \_\_\_\_\_



FICHA 5



DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES PARA LA HIGIENE DE MANOS

SERVICIO:

PUNTO DE ATENCIÓN:

FECHA:

TURNO:

N°	ITEM	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El ambiente o punto de atención cuenta con dispensador de alcohol gel operativo				
2	El ambiente o punto de atención cuenta con lavadero de manos operativo				
4	El ambiente o punto de atención cuenta con dispensador de jabón líquido operativo				
5	El ambiente o punto de atención cuenta con dispensador de papel toalla operativo				
6	El servicio o punto de higiene de manos cuenta con material educativo que ilustra la técnica de higiene de manos por fricción				
7	En el servicio se observa material educativo que ilustra la técnica de la higiene de manos con agua y jabón				
8	Existe en el servicio alguna disposición que restringe la adecuada y oportuna higiene de manos.				
9	Existen dispensadores móviles limpios y adecuadamente conservados que garantizan la calidad del alcohol gel				
10	Existe la consignación del día mes y año de recambio de insumos en los dispensadores de alcohol gel y jabón				

PUNTUACION OBTENIDA

VALORACION

Valoración:

Satisfactorio >8      aceptable 7-5

deficiente = 0 < 5

Valoración: Satisfactorio >8      aceptable 7-5      deficiente = 0 < 5



FICHA 6



INSERCIÓN DE LINEAS CENTRALES

FECHA	SERVICIO		TURNO	CAMA	H.C	SEXO
NOMBRE PACIENTE	TIPO INSTALACION			URGENTE	ELECTIVA	
SITIO INSECCION	FEMORAL	YUGULAR	SUBCLAVIA	BASILICA	CEFALICA	UMBILICAL
Tipo de catéter	PICC	CVC	UMBILICAL	FECHA DE INSTALACION		
N°	ITEM			SI	NO	OBSERVACIONES
1	Higiene de manos quirúrgica correcta					
2	Barrera máxima (gorro, cubrebocas, bata y guantes estériles, campo estéril que cubra totalmente la cama del paciente)					
3	Preparación de zona de inserción con clorhexidina y alcohol al 2%/ alcohol isopropílico 70%, en su defecto Yodopovidona o alcohol al 70%					
4	Selecciona el catéter de menor lúmenes posibles					
5	Selecciona el sitio y la técnica de inserción de menor riesgo de complicaciones subclavia vs femoral y yugular.					
6	Al término del procedimiento realiza asepsia del sitio de inserción con clorhexidina al 2% con alcohol al 70%					
7	Coloca apósito transparente semipermeable al término del procedimiento					
8	Registra el procedimiento					
TOTAL, PUNTAJE						

NOMBRE DEL VERIFICADOR

- Debe existir otra persona que no sea el operario que aplique esta lista de verificación
- De existir 2 intentos fallidos se suspende el procedimiento y cambia todo el material, así como el nuevo personal que realizara la inserción.
- De existir inserción x emergencia en el que no se asegura la asepsia en la inserción, se cambiara el CVC dentro de las 48 hrs.





## FICHA 7



### MANTENIMIENTO DE LINEAS CENTRALES

FECHA	SERVICIO	TURNO	CAMA	H.C	SEXO	
<b>NOMBRE PACIENTE</b>		<b>TIPO INSTALACION</b>			URGENTE	ELECTIVA
<b>SITIO INSERCIÓN</b>	FEMORAL	YUGULAR	SUBCLAVIA	BASILICA	CEFALICA	UMBILICAL
<b>Tipo de catéter</b>	PICC	CVC	UMBILICAL	<b>FECHA DE INSTALACION</b>		
N°	ITEM		SI	NO	OBSERVACIONES	
1	Se identifica al paciente correctamente					
2	el catéter cuenta con registro de fecha de instalación					
3	Cuenta con registro de fecha de curación					
4	Realiza la curación del sitio de inserción cada 5-7 días o cuando se encuentre manchada aplicando la técnica aséptica					
5	Mantiene el sitio de inserción visible y protegido					
6	El conector sin aguja se desinfecta con alcohol al 70% por 5 segundos antes y después de su uso					
7	Se cambian los equipos, alargaderas y conectores sin aguja con una frecuencia no superior a 96 horas					
8	Los lúmenes se encuentran protegidos					
9	Cuenta con lumen específico para nutrición parenteral					
10	Evalúa diariamente la necesidad del catéter					
<b>TOTAL, PUNTAJE</b>						

NOMBRE DEL AUDITOR



FICHA 8



PERU Ministerio de Salud

Ministerio de Promoción y Asesoramiento en Salud

Hospital Nacional Cayetano Heredia



EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL INFECCIONAL

INSERCIÓN DE CATETR URINARIO PERMANENTE


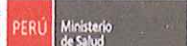
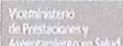
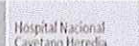

FECHA INSTALACION	SERVICIO	TURNO	CAMA	H.C	SEXO
NOMBRE PACIENTE					
LUGAR DE INSERCIÓN	EMERGENCIA	HOSPITALIZACION	SOP	UCI	AMBULATORIO
TIPO DE CATETER	SILICON	LATEX	TEFLON	Tipo de instalación	urgente   electiva
N°	ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES	
1	Existe orden medica de inserción CUP				
2	El procedimiento es realizado por operario y ayudante				
3	Se realiza la higiene del área genital según guía de procedimiento				
4	Barrera máxima (gorro, cubrebocas, bata y guantes estériles, campo estéril que cubra totalmente la cama del paciente)				
5	Preparación de zona de inserción con clorhexidina 2% y alcohol al 70%				
6	Lubricación del catéter y de la uretra				
7	Se conecta el catéter a la bolsa colectora a circuito cerrado, inmediatamente después de colocada.				
8	Se fija a la cara interna del muslo del paciente el catéter después de la inserción.				
9	El operario y ayudante eliminan los guantes y se lavan las manos con agua y jabón				
10	Registra fecha del procedimiento				
TOTAL PUNTAJE					
NOMBRE DEL VERIFICADOR					

Indicaciones medicas de inserción

- Retención urinaria - Obstrucción de la vía urinaria - Medición de diuresis horaria estricta - Cirugía pelviana - Medición de diuresis en pacientes críticos - Retención urinaria en pacientes con analgesia peridural - Hematuria severa ante riesgo de hacer coágulos y obstrucción - Toma de muestras estériles cuando amerite - Tratamientos medicamentosos con fines exploratorios o terapéuticos





FICHA 9

   				
<b>VERIFICACIÓN DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS</b>				
SERVICIO:.....		FECHA:...../...../.....		
PUNTAJE: Si=1 punto; No=0 punto; Parcial=0.5 punto; NA X				
ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	SITUACIÓN			
	Si cumple	Parcialmente cumple	No cumple	No aplica
<b>ALMACENAMIENTO INTERMEDIO</b>				
<b>2. Transporte y Recolección Interna</b>				
2.1 El evacuador recoge los residuos de acuerdo al cronograma de recojo el cual no debe pasar los 3/4 de su capacidad.				
2.2 El evacuador tiene y hace uso del EPP respectivo: Ropa de trabajo, guantes, mascarilla de tela y calzado antideslizante.				
2.3 Las bolsas cerradas se sujetan por la parte superior y se mantienen alejadas del cuerpo durante su traslado, sin arrastrarlas por el suelo.				
2.4 El transporte de los residuos se realiza por las rutas y horarios establecidos.				
2.5 Los residuos de alimentos se trasladan directamente al almacenamiento final según sus rutas y el horario establecido SIN DESTINARLO para otros usos.				
2.6 El uso de los ascensores, el uso de estos es exclusivo durante el traslado de los residuos de acuerdo al horario establecido y son desinfectados después de su uso.				
2.7. El evacuador realiza el llenado de la ficha después de la higienización y el recojo de los residuos.				
OBSERVACIONES:				
Realizado por:		Firma:		





## FICHA 10

	<b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	Hospital Nacional Cayetano Heredia	
<b>AISLAMIENTO POR VIA DE TRASMISION AEREA</b>				 <b>EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL</b>
SERVICIO.....				
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE				
CAMA				
	FECHA		FECHA	
CRITERIOS	SI	NO	SI	NO
1. El paciente tiene habitación individual o se encuentra en cohorte.				
2. Se implemento el acceso restringido.				
3. El trabajador hace uso de mascarilla N95 al entrar a la habitación.				
4. EL paciente usa mascarilla quirúrgica.				
5. El trabajador realiza la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y la unidad.				
6. La desinfeccion ambiental se realiza con alcohol 70% o solución de cloro 0,5%.				
7. Se desinfecta el material de uso compartido, cada vez que se utiliza				
8. Existe señalización visible de "Precaución por Vía Aérea"				
<b>TOTAL PUNTAJE</b>				
% CUMPLIMIENTO = 8-100%				
<b>Observaciones</b>				
Nombre del o los Supervisores:				



FICHA 11

 <b>PERÚ</b>		<b>Ministerio de Salud</b>		<b>Hospital Nacional Cayetano Heredia</b>		 <b>EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL</b>	
<b>AISLAMIENTO POR VIA DE TRASMISION POR GOTITAS</b>							
SERVICIO							
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE							
CAMA							
				<b>FECHA</b>		<b>FECHA</b>	
<b>CRITERIOS</b>				<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. El paciente tiene habitación individual o cohorte con distancia entre las camas mayores a 1 m.							
2. Los trabajadores realizan la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y después de tener contacto con la unidad							
3. Los trabajadores hacen uso de mascarilla quirúrgica (si se va a estar a menos de un metro del paciente)							
4. Los trabajadores hacen uso de gafas (si se va a estar expuesto a salpicaduras de secreciones).							
5. Se realiza la desinfeccion de superficies con alcohol 70% o solución de cloro 0,5%							
6. Se realiza la desinfeccion del material de uso compartido, cada vez que se utilice							
7. Existe señalización visible de "Precaución por Gotitas"							
<b>TOTAL</b>							
<b>% CUMPLIMIENTO 7 =100%</b>							
Observaciones							
Nombre del o los Supervisores:							



FICHA 12



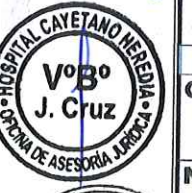
**AISLAMIENTO POR VIA DE TRASMISION POR CONTACTO.**

SERVICIO.....



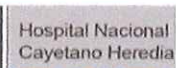
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE

CAMA

CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
1. El paciente cuenta con habitación en cohorte o sala con distancia entre las camas mayores a 1 mt.				
2. El trabajador realiza la higiene de manos antes y después de tener contacto con el paciente y la unidad.				
3. El trabajador usa de delantal en caso de exposición a salpicaduras y al atender pacientes colonizados .				
4. El trabajador en la atención al paciente usa guantes: ✓ Al manipular fluidos altamente contaminados. ✓ Al atender pacientes colonizados o infectados. ✓ Cuando el personal tenga erosiones en las manos.				
5. El trabajador realiza higiene de manos antes y después de retirarse los guantes.				
6. Se realiza la desinfección de superficies con alcohol 70% o solución de cloro 0,5%.				
7. Se desinfecta el material de uso compartido, cada vez que se utiliza.				
8. Se implementa la señalética que indique "PRECAUCIONES POR CONTACTO"				
<b>TOTAL</b>				
% CUMPLIMIENTO 8=100%				
Observaciones				
Nombre del o los Supervisores:				



FICHA 13

  			
<b>PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CESAREAS</b>			
SERVICIO.....			
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE			
CAMA			
HC			
<b>CRITERIOS</b>			
1. La administración de profilaxis esta registrada en la historia clínica			
2. El antimicrobiano administrado corresponde a la norma del servicio			
3. La dosis administrada corresponde a la norma del servicio			
4. La vía administrada fue parenteral			
5. La profilaxis fue administrada dentro de los 60 minutos previos a insiccion operatoria			
6. 2da dosis de profillactico si existio perdida >1.5 lts de volemia o el intraoperatorio duro > de 2 hrs			
<b>TOTAL</b>			
<b>% DE CUMPLIMIENTO    6=100%</b>			
<b>Observaciones</b>			
<b>Nombre del o los Supervisores:</b>			



FICHA 14

CRITERIOS	FECHA		FECHA	
	SI	NO	SI	NO
<b>CAPACITACION</b>				
1. Cuenta con una norma relacionada al uso de antisépticos y desinfectantes actualizado y accesible al personal				
2. Se elaboro reuniones de capacitacion para el personal en el uso de antisépticos/ desinfectantes?				
3. ¿Existen registros de capacitación del personal del área en uso de antisépticos/ desinfectantes?				
<b>MANEJO EN SERVICIOS</b>				
4. El recipiente del desinfectante conserva su rótulo de identificación.				
5. El rótulo contiene la fecha y hora de preparación				
6. Se encuentra vigente según fecha de vencimiento				
7. Los embases en uso estan tapados				
8. Los embases se encuentran limpios				
9. Utiliza elementos de protección personal para el manejo del producto				
10. Se atienden las quejas de reacciones adversas del personal, frente al manejo de los antisépticos/desinfectantes.				
<b>ALMACENAMIENTO</b>				
11. ¿La temperatura del sitio de almacenamiento es la recomendada por el fabricante? (Verifique en la etiqueta del antiséptico/desinfectante)				
12. El área se encuentra iluminada?				
13. Los desinfectantes se encuentran ubicados en anaqueles, estantes o su equivalente				
14. El área donde se prepara y usa el desinfectante se encuentra en buenas condiciones de ventilación				
15. ¿El recipiente en uso que contiene el desinfectante/antiséptico, conserva su etiqueta o rótulo de identificación				
16. Fecha de activación o preparación del desinfectante está registrada				
17. La fecha de activación o preparación del desinfectante está vigente				
18. Los envases están cerrados herméticamente				
<b>TOTAL</b>				
% DE CUMPLIMIENTO 18= 100%				
<b>Observaciones</b>				
<b>Nombre de supervisores</b>				



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Cayetano Heredia



EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

**USO DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES**





OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento del Uso de antisépticos y desinfectantes

SERVICIO:






# FICHA 15

  			
<b>SUPERVISION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCION AL TRACTO URINARIO EN PACIENTES CON CATETER URINARIO - HCH</b>			
SERVICIO			
FECHA DE SUPERVISION			
SIGLAS DEL APELLIDOS DEL PACIENTE			
CAMA			
HISTORIA CLINICA			
DIAS DE CUP			
N°	ASPECTO A SUPERVISAR		
1	Cuenta con fichas de insercion y mantenimiento de CUP	revisión documentaría ficha de mantenimiento	
2	Cuenta con fichas de mantenimiento de CUP	revisión documentaría ficha de mantenimiento	
3	Se evalua diriamente la necesidad de retiro de la sonda	revisión documentaría ficha de mantenimiento	
4	Mantiene la bolsa colectorá por debajo del nivel de la vejiga todo el tiempo. No apoya la bolsa en el piso	observacion directa	
5	La bolsa colectorá de orina no sobrepasa las 3/4 partes de su capacidad	observacion directa	
6	Se encuentra fijada el CUP y mantiene el flujo urinario continuo y sin obstrucciones	observacion directa	
7	Se realiza el lavado de manos y hace uso de guantes de trabajo por cada paciente , durante la manipulacion del sistema de drenaje del cateter.	observacion directa	
PUNTUACION OBTENIDA			
% DE CUMPLIMIENTO 7=100%			
observaciones			
Nombre del Supervisor:			
Firma de la coordinadora/jefa o enfermera responsable del servicio			





FICHA 16

		<b>SUPERVISION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN AL TORRENTE SANGUÍNEO EN PACIENTES CON CATETER VENOSO CENTRAL - HCH</b>	
SERVICIO			
FECHA DE SUPERVISION			
APELLIDOS DEL PACIENTE			
CAMA			
HISTORIA CLINICA			
DIAS CVC /IG			
N°	ASPECTO A SUPERVISAR		
1	Existe evidencia de la HM antes y después de la inserción del CVC	Revisión documentaria	
2	Existe evidencia de uso de medidas de protección en la inserción del CVC	Revisión documentaria	
3	Vena utilizada es la subclavia de preferencia, de no ser así existe evidencia de causales de otra vena?	observación directa	
4	Existe evidencia de evaluación de retiro del CVC en forma diaria?	Revisión documentaria	
5	Se realiza la higiene de manos antes de manipular catéteres y luego de contacto con secreciones provenientes del catéter	observación directa	
6	Limpia el punto de acceso de conectores con alcohol al 70% antes de acceder al sistema?	observación directa	
7	Se cambian los equipos, alargaderas y conectores sin aguja con una frecuencia no superior a 72 horas	Revisión documentaria	
PUNTUACION OBTENIDA			
% DE CUMPLIMIENTO 7=100%			
observaciones			
Nombre del Supervisor:			



FICHA 17

 <b>Ministerio de Salud</b> Hospital Nacional Cayetano Heredia <b>PERU</b>		 INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL	
<b>SUPERVISION DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS NEUMONIAS EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA</b> HOSPITAL CAYETANO HEREDIA			
<b>SERVICIO</b>			
FECHA DE SUPERVISION			
APELLIDOS DEL PACIENTE			
CAMA			
HISTORIA CLINICA			
DIAS EN VM			
N° ASPECTO A SUPERVISAR			
1	Utiliza medicamentos distintos a los benzodiazepinas para manejo de la agitación	Indicacion medica	
2	Cuenta protocolo para minimizar la sedación (pruebas de despertar espontaneo) y liberacion de VM	Revisión documentos normativos de servicio	
3	Cuenta con tubos endotraqueales con puerto para drenaje subglotico y lo realiza cada turno o cuando lo requiera, en pacientes con VM > 48 o 72 hrs	Kardex de enfermería	
4	A manos que esté contraindicado por la condición del paciente, realizar una intubación orotraqueal en lugar de nasotraqueal	observación directa	
5	Elevar la cabecera de la cama a 30° o 45°	observación directa	
6	El personal realiza higiene estricta de las manos antes y después de manipular la vía aérea	observación directa	
7	Se realiza la higiene oral diaria, con cepillado sin clorhexidina.	Kardex de enfermería	
8	Se realiza el control de la presión del globo de neumatotaponamiento antes y después de la higiene oral. Mantener la presión 20-30° cm H2O.	Kardex de enfermería	
9	Cambio de circuitos solamente ante suciedad visible o mal funcionamiento		
<b>Puntuación Obtenida</b>			
<b>% de Cumplimiento</b>		7=100%	
<b>Observaciones</b>			
Nombre del Supervisor:			
Firma de la Jefe/coordinadora o enfermera responsable del servicio			



FICHA 18

INVENTARIO DE MATERIALES E INSUMOS DE HIGIENE DE MANOS EN SERVICIOS DEL HINCH 2023



Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AMBIENTES	HIGIENE DE MANOS POR FRICCIÓN CON ALCOHOL GEL				HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABON										LAVADERO INOPERATIVO SEGÚN CAUSA						
	N° Carteles de técnica de fricción	N° Dispensadores existentes	N° Dispensadores operativos	N° Dispensadores de alcohol inoperativos	DISPENS. DE JABÓN INOPERATIVOS SEGÚN CAUSA			N° Dispensadores de jabón que no existe y que requieren implementarse	N° Dispensadores de jabón inoperativos	N° Dispensadores de jabón operativo	N° Dispensadores de jabón existentes	N° Dispens. de papel operativos	N° Dispensadores de papel que no existe y requiere	DISPENS. DE PAPEL INOPERATIVOS SEGÚN CAUSA		N° lavaderos de manos inoperativos	N° de lavaderos de manos operativos	N° lavaderos de manos existentes	N° Lavadero de manos no existentes y que requiere implementarse	Otros	
					Por pilas	Por falla electrónica	Falta de insumo							Por falta de insumo							Por falla electrónica
	En este cuarto se realiza procedimientos en el que se expone a fluidos corporales, por lo cual debe realizarse HM con agua y jabon																				
					DISPENS. INOPERATIVOS SEGÚN CAUSA																
					Portátil no adecuado																
					Falta de insumo																
					Por falla electrónica																
					Por pilas																
					N° Dispensadores de alcohol gel que no existe y que requieren implementarse																
					N° Dispensadores de alcohol inoperativos																
					N° Dispensadores operativos																
					N° Dispensadores existentes																
					N° Carteles de técnica de fricción																
					Falta de insumo																
					Por falla electrónica																
					Por pila																
					Por falla electrónica																
					Falta de insumo																
					Por falta electrónica																
					N° Dispensadores de jabón que no existe y que requieren implementarse																
					N° Dispensadores de jabón inoperativos																
					N° Dispensadores de jabón operativo																
					N° Dispensadores de jabón existentes																
					N° Dispens. de papel operativos																
					N° Dispensadores de papel que no existe y requiere																
					N° Dispensadores de papel inoperativo																
					N° Lavaderos de manos inoperativos																
					N° de lavaderos de manos operativos																
					N° de lavaderos de manos existentes																
					N° Lavadero de manos no existentes y que requiere implementarse																
					Por estar malogrado accesoño/mayólica																
					Por sensor electrónico malogrado																
					Por falta de pilas en el sector electrónico																
					Otros																
Total																					

Existe dispensador de solución alcohólica para la higiene de manos en el coche de curaciones (Si, No)

Los dispensadores portátiles están en buen estado de limpieza y conservación? (Si, No)

Nombre y apellidos de la jefa/coordinadora \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la auditora \_\_\_\_\_



FICHA 19

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD






FORMATO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD:		SERVICIO HOSPITALARIO:	PERSONAL ENCARGADO:
Sexo		Fecha de Ingreso	MES/AÑO:
Cama	HCI	Paciente	Peso
Diagnostico		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
		Dispositivo	
		TET	
		CVC	
		CUP/CVP (Neo)	
		Rx-Torax (N/P)	
		PEEP	
		FIO2	
		Tº	
		Leucocitosis	
		ATB	
		Cultivo:	
		Cultivo:	
		TET	
		CVC	
		CUP/CVP (Neo)	
		Rx-Torax (N/P)	
		PEEP	
		FIO2	
		Tº	
		Leucocitosis	
		ATB	
		Cultivo:	
		Cultivo:	
		TET	
		CVC	
		CUP	
Consolidado		CVC	
		CUP	

HCI: Historia clínica, TET: Tubo endotraqueal, CVC: Catéter venoso central, PICC: Catéter venoso periférico en UCI Neo, CUP: Catéter urinario permanente, PEEP: Presión positiva al final de la espiración, FIO2: Fracción inspirada de oxígeno, ATB: Antibiótico iniciado.



FICHA 20

   				
<b>LISTA N°1 DE VERIFICACIÓN PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITAL CAYETANO HEREDIA</b>				
SERVICIO:.....		FECHA:...../...../.....		
PUNTAJE: SI=1 punto; No=0 punto; Parcial=0.5 punto; N/A X				
ETAPAS DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	SITUACIÓN			
	Si cumple	Parcialment e cumple	No cumple	No aplica
<b>GENERACIÓN Y ALMACENAMIENTO PRIMARIO</b>				
<b>1. Acondicionamiento</b>				
1.1. El servicio cuenta con el tipo y cantidad de recipientes.				
1.2. Los contenedores cuentan con rótulos.				
1.3. Los contenedores cuentan con bolsas de colores según el tipo de residuos a eliminar (residuo común: negro, biocontaminante: rojo, residuo especial: amarillo).				
1.4. Dicha bolsa debe estar doblada hacia el exterior recubriendo los bordes del recipiente con tachos higienizados.				
1.5. Para el material punzocortante se cuenta con recipientes rígidos especiales.				
1.6. Los recipientes rígidos <u>están rotuladas</u> y bien ubicados de tal manera que no se voltee o caiga y se ubique cerca a la fuente de generación.				
1.7. Se cuenta con un área exclusiva para el almacenamiento intermedio.				
<b>2. Segregación y almacenamiento primario</b>				
2.1. Se elimina los residuos biocontaminados en bolsa rojas				
2.2. Se elimina los residuos especiales en bolsa amarillas				
2.3. Se elimina los residuos comunes en bolsa negra				
2.4. Se elimina los residuos reciclables en bolsa verde				
2.5. Otros tipos de residuos punzocortantes (vidrios rotos), se empacan en papeles o cajas debidamente sellados.				
<b>3. Transporte y Recolección Interna</b>				
3.1 El personal de limpieza recoge los residuos de acuerdo a la frecuencia de generación del servicio o cuando el recipiente está lleno hasta los 2/3 de su capacidad.				
3.2 El personal de limpieza tiene y hace uso del EPP respectivo: Ropa de trabajo, guantes, mascarilla de tela y calzado antideslizante.				
3.3 Las bolsas cerradas se sujetan por la parte superior y se mantienen alejadas del cuerpo durante su traslado, sin arrastrarlas por el suelo.				
3.4 Los contenedores rígidos se recogen de acuerdo: frecuencia de generación/cuando el recipiente está lleno hasta los 3/4 de su capacidad/48 horas como máximo.				
<b>OBSERVACIONES:</b>				
Realizado por:		Firma:		



