



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



N° 116 -2022-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE



HOSPITAL DE HUACHO

Resolución Directoral

Huacho, 29 de marzo del 2022

VISTOS:

El Oficio N° 101-2022-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-UESA, su fecha 24 de febrero del 2022, emitido por la Jefa de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental y el Memorando N° 137-2022-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE., su fecha 25 de febrero de 2022, emitido por Director Ejecutivo autorizando la emisión del acto resolutivo.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I del Título Preliminar de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, prescribe: "Principio de Prevención: el empleador garantiza, en el trabajo, el establecimiento de los medios y condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores y de aquellos que, no teniendo vínculo laboral, prestan servicios o se encuentran dentro del ámbito del centro de labores, debiendo considerar factores sociales, laborales y biológicos, diferenciados en función del sexo, incorporando la dimensión de género en la evaluación y prevención de los riesgos en la salud laboral".

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público, y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; así pues, resulta responsabilidad del Estado reducir el impacto negativo en la población ante la existencia de situaciones de riesgo elevado para la salud y la vida de los pobladores, así como mejorar las condiciones sanitarias y la calidad de vida de su población.

Que, la vigilancia epidemiológica, función esencial de salud pública, es entendida como el proceso a través del cual se realiza la recolección de datos, su análisis, interpretación y difusión de información sobre un problema de salud determinado, siendo una herramienta esencial para la toma de decisiones en salud pública. Nuestro país tiene una larga tradición de la vigilancia de salud pública que ha contribuido a: la reducción de la incidencia y prevalencia de problemas de salud priorizados, contener la propagación de enfermedades y evitar el reingreso de patologías eliminadas y reemergentes.

Que, también se puede entender a la vigilancia epidemiológica como la recolección sistemática, continúa, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones y al mismo tiempo, ser utilizada para su difusión.

Que, la infección asociada a la atención de la salud es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su(s) toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión previa.

Que, ese contexto normativo, mediante Oficio N° 101-2022-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-UESA, de fecha 23 de febrero de 2022, la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, propone el proyecto del **"Plan de Autoevaluación de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud"**, el cual tiene como objetivo general identificar el cumplimiento de cada una de áreas evaluadas según los criterios establecidos de vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en el Hospital Regional Huacho.



Que, por las razones expuestas, el Director Ejecutivo de la Entidad emite el Memorando N° 137-2022-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE, de fecha 25 de febrero de 2022, disponiendo la aprobación del documento Técnico denominado "**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**" del Hospital Regional Huacho, para lo cual deberá emitirse el acto resolutivo correspondiente.

Con el visto bueno de Asesoría Legal de Personal y las Unidades de Personal y Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Huacho Huaura Oyón y Servicios Básicos de Salud.



En uso de las facultades administrativas conferidas mediante Resolución Directoral N° 468-2021-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG, de fecha 03 de setiembre del 2021.

SE RESUELVE:



ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el Documento Técnico denominado "**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**" del Hospital Regional Huacho, cuya copia se anexa a la presente Resolución, en cuarenta y seis (46) folios.

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, el monitoreo, seguimiento y aplicación de los documentos aprobados en el Artículo Primero.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR a la Unidad de Estadística e Informática, la publicación del documento aprobado en el artículo primero, en el Web site institucional.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

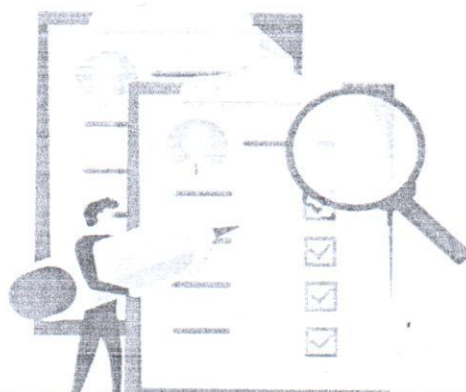
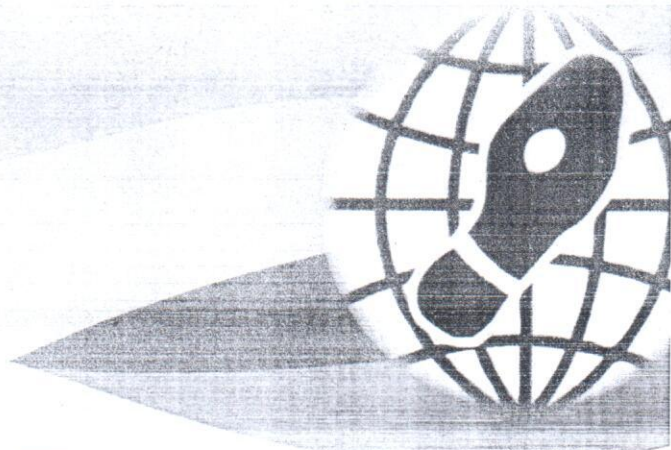


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN y S.B.S.

M.I. OSCAR. C. GARAY VALLENAS
DIRECTOR EJECUTIVO

OCGV/LCCHB/JONV/Zoraida
Distribución:

- DIRECCIÓN EJECUTIVA
- OFICINA DE PLANEAMIENTO
- UNIDAD DE LOGÍSTICA
- UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SA
- UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
- ARCHIVO



**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE LA
VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN
SALUD HOSPITAL HUACHO HUAURA
OYON Y SBS - 2022**



**UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD
AMBIENTAL**

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS - 2022



INDICE.

- I. INTRODUCCION.
- II. BASE LEGAL.
- III. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.
- IV. OBJETIVOS.
- V. AMBITO DE APLICACIÓN.
- VI. ASPECTOS CONCEPTUALES
- VII. METODOLOGIA:
- VIII. EVALUACIÓN.
- IX. RECURSOS:
- X. CRONOGRAMA
- XI. ANEXOS



I. INTRODUCCION.

Las infecciones Asociadas a la atención de salud (IAAS), constituye en la actualidad un problema de salud pública que puede presentarse, al incremento del costo, ligado a una estadía hospitalaria prolongada, al uso de antibióticos de última generación, a las reintervenciones quirúrgicas, sin contar con el costo social reflejado en un incremento de morbilidad, que en muchos casos genera discapacidad e incremento de morbimortalidad.

La infección asociada a la atención de la salud es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su(s) toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal de la salud.

Ante el escenario a nivel mundial de progresión de la pandemia con nuevas variantes de SARS-COV-2, la respuesta hospitalaria frente a la pandemia del COVID-19 se ha reorganizado para asegurar la continuidad de los cuidados de pacientes por la COVID-19 y enfermedades o eventos no COVID-19, así como ampliar los servicios de asistencia clínica sobre todo en las unidades de cuidados críticos.

Es por ello la importancia de la evaluación periódica de las actividades de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en los servicios asistenciales y unidades orgánicas, el cual genera información para los jefes y personal de salud de los servicios, quienes podrán conocer la situación actual de sus procesos, tomar decisiones, aplicar oportunamente medidas correctivas, optimizar las acciones y contribuir a la mejora de la calidad de atención.

presentamos a continuación el Plan Anual de Autoevaluación de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias 2022 con la finalidad de implementarla medidas correctivas necesarias y contribuir a la mejora continua de los procesos.



II. BASE LEGAL.

- Ley N°26842. Ley General de Salud
- Resolución Ministerial N°523-2007/MINSA, Aprueban la Guía técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
- Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, Aprueban documento técnico "Lineamientos para la vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud". Norma Técnica 020-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias".
- Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA que aprueba la NTS N°163-MINSA /2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Resolución directoral N° 111-2018-SA-DG-INR- conformación del equipo evaluador de vigilancia, control y prevención de infecciones asociadas a atención de salud (IAAS).

III. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

El Hospital Huacho Huaura Oyon y SBS, viene realizando en forma permanente la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias, realizando actividades de prevención y control como la capacitación al personal de salud y personal de limpieza, elaboración de guías y protocolos de lavado de manos, elaboración de manual de limpieza y desinfección, supervisión y rondas en servicios Hospitalarios, entre otras actividades estipuladas en plan de prevención y control de IAAS.



A) Caracterización De Las Infecciones Asociadas A La Atención De Salud 2021

En los gráficos siguientes se observa una disminución de casos en las IAAS a comparación de periodos anteriores (2017), siendo las infecciones de herida operatoria por parto cesárea las que más casos presenta de todos los tipos de infecciones, observándose una tendencia constante en la presentación de caso, en este último año 2021 con 1 caso por infección de torrente sanguíneo.

Tabla1. Reporte de vigilancia de Infecciones Asociadas a la atención en salud según servicio y procedimiento asociado 2017- 2021

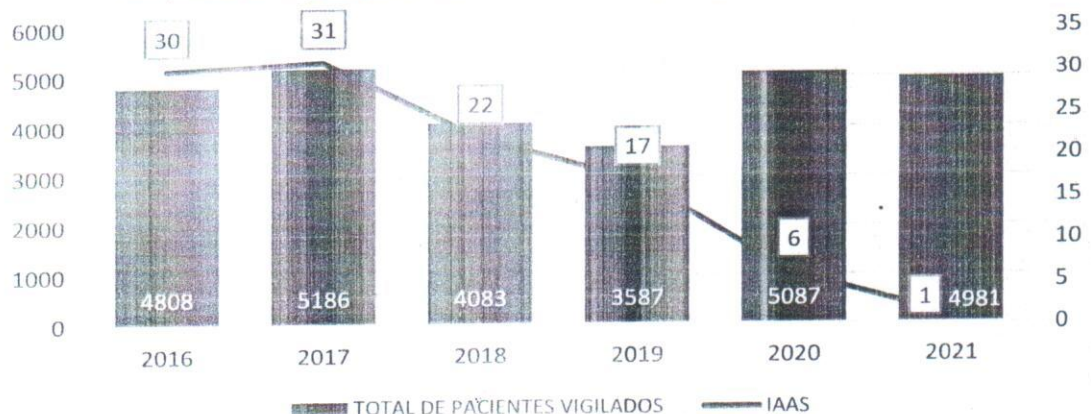
SERVICIO	TIPO DE IAAS	PROCEDIMIENTO ASOCIADO	AÑOS					TOTAL DE IAAS POR TIPOS	TENDENCIA GRAF.
			2017	2018	2019	2020	2021		
GINECOBSTETRICIA	IHO	PC	13	10	11	1	0	35	
		PC	6	5	1	0	0	12	
		PV	4	4	1	0	0	9	
MEDICINA	ITU	CUP	0	0	0	0	0	0	
CIRUGIA	ITU	CUP	1	0	0	0	0	1	
		COLECISTECTOMIA	0	0	0	2	0	2	
		HERNIOPLASTIA	0	0	0	0	0	0	
UCI - ADULTO	ITS	CVC	0	0	0	0	1	1	
		CUP	1	1	0	0	0	2	
		NEUMONIA	5	1	5	0	0	11	
NEONATOLOGIA	ITS	CVP	0	3	0	3	0	6	
		CVC	0	0	0	0	0	0	
		NEUMONIA	1	0	0	0	0	1	
TOTAL DE IAAS			31	24	18	6	1	80	

Fuente: Base de datos de IAAS-DGE

En el periodo del 2020, se vigiló un total de 4421 pacientes distribuidos en los 5 servicios de hospitalización; de los ellos se notificaron 4 casos de IAAS, 1 en el servicio de Ginecobstetricia por Infección de Herida Operatoria asociado a parto por cesárea con una tasa de 1.22, y 3 casos en el servicio de Neonatología por infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso periférico con una tasa de 28.57. En el periodo del 2021, se vigiló un total de 4981 pacientes, de ello se ha notificado un caso de IAAS, reportado el mes de septiembre en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central.



Grafico 1. Pacientes Vigilados en los servicios de Hospitalización(Cirugia, G-O, Med., UCI, Neo.)-Hospital Huacho HO 2021



B) Tasa De Incidencia De Infecciones Intrahospitalarias

Hasta diciembre 2021 se presentaron 01 casos de Infecciones Intrahospitalarias, reportados en el servicio de UCI-adulto, lo que representa una tasa anual de 0.26% de IAAS para el presente año, manteniéndonos dentro de los estándares internacionales de prevalencia de IAAS menor a 7%.

Tabla2. Densidad de Incidencia de las IAAS por 1000 persona - día de exposición al factor de Riesgo Asociado, por servicio-Hospital Regional Huacho 2016-2021

SERVICIOS	TIPO DE IAAS	PROCEDIMIENTO ASOCIADO	Años					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
MEDICINA	ITU	CUP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CIRUGIA	ITU	CUP	0.00	2.56	0.00	0.00	0.00	0.00
UCI - ADULTO	ITS	CVC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.26
	ITU	CUP	1.33	0.66	0.66	0.00	0.00	0.00
	NEUMONIA	VM	0.00	1.09	0.00	0.00	0.00	0.00
NEONATOLOGIA	ITS	CVP	0.00	0.00	3.58	0.00	5.26	0.00
	ITS	CVC	14.71	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	NEUMONIA	VM	0.00	5.62	0.00	0.00	0.00	0.00
TASA DENSIDAD DE INCIDENCIA			5.60	5.63	3.79	2.64	0.74	0.08

Tabla 3. Incidencia Acumulada de las IAAS por 100 expuestos a una intervención o procedimientos según procedimiento Asociado, por servicio-Hospital Regional Huacho 2016-2021

SERVICIO	TIPO DE I/H	PROCEDIMIENTO ASOCIADO	Años					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
GINECOSTETRICIA	IHO	PC	1.17	1.34	0.94	1.15	0.12	0.00
	ENDOMETRITIS	PC	0.85	0.62	0.47	0.10	0.00	0.00
		PV	0.06	0.24	0.24	0.07	0.00	0.00
CIRUGIA	IHO	COLECISTECTOMIA	0.00	0.00	0.00	0.00	1.21	0.00
		HERNIOPLASTIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA			0.52	0.58	0.46	0.38	0.10	0.00



C) Frecuencia de infecciones intrahospitalarias según tipo.

Hasta diciembre del 2021, la principal causa de infección intrahospitalaria según tipo es la siguiente: Infección del Torrente Sanguíneo asociado a catéter Venoso central, presentándose 01 caso en mes de septiembre en el servicio de unidad de cuidados intensivos.

Tabla 4 pacientes vigilados por meses según procedimiento Asociado, por servicio-
Hospital Regional Huacho 2016-2021

SERVICIO	TIPO DE IAAS	PROCEDIMIENTO ASOCIADO	MESES VIGILADOS										SEPTIEMBRE			TOTAL DE PACIENTES VIGILADOS
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	VIG	IAAS	OCT	NOV	DIC	
GINECOBSTERICIA	IHO	PC	99	125	130	83	111	97	110	105	115	0	126	102	93	1296
		PC														
		PV	125	107	110	146	137	119	174	180	133	0	148	133	146	1664
MEDICINA	ITU	CUP	9	10	7	19	11	13	12	18	14	0	25	32	25	195
	ITU	CUP	12	8	10	9	8	5	2	17	10	0	25	16	12	134
CIRUGIA	IHO	COLECISTECTOMIA	5	3	8	7	12	9	15	17	29	0	16	19	9	149
		HERNIOPLASTIA	0	0	2	1	3	2	0	5	6	0	3	9	1	33
UCI - ADULTO	ITS	CVC	25	27	42	29	32	33	30	39	24	1	36	34	38	400
	ITU	CUP	25	28	43	10	33	37	30	41	25	0	43	44	43	432
	NEUMONIA	VM	21	27	43	20	28	34	30	38	23	0	30	34	36	384
NEONATOLOGIA	ITS	CVP	15	12	21	27	15	16	12	16	17	0	21	14	16	197
		CVC	5	8	1	5	1	4	2	5	3	0	1	3	3	44
	NEUMONIA	VM	4	4	10	6	3	3	3	7	2	0	3	4	5	54
PACIENTES VIGILADOS			345	360	435	417	394	372	420	489	401	1	477	444	427	4882
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL			
ACIENTES VIGILADO	345	360	436	417	394	372	420	489	401	477	444	359	4914			
IAAS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0				

IV. OBJETIVOS.

a) Objetivo General:

- Identificar el cumplimiento de las acciones de cada una de áreas evaluadas según los criterios establecidos de vigilancia de las infecciones Asociadas a la atención de la Salud en el Hospital Huacho Huara Oyon y SBS - 2022.

b) Objetivos Específicos:

- Evaluar la calidad de los procesos del sistema de vigilancia y control de IAAS en los servicios evaluados del Hospital Huacho Huara Oyon y SBS.
- Implementar medidas oportunas en vigilancia, prevención y control de las IAAS que permitan mejorar la calidad de atención en los usuarios.
- Fortalecer las competencias y habilidades del personal de salud en el campo de la vigilancia, prevención y control de las IAAS.



V. AMBITO DE APLICACIÓN.

- Hospitalización del Hospital Huacho Huaura Oyon y SBS.

VI. ASPECTOS CONCEPTUALES

DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Evaluador:** profesional de salud designado mediante resolución directoral como integrante del equipo evaluador de la vigilancia, prevención y control de las IAAS.
- **Criterios:** son ítems sujetos de evaluación (cumple "C" o no cumple "NC").
- **Fuente de verificación:** documentos técnicos (normas, manuales, protocolos, lista chequeo, etc.), y documentos de gestión (plan de actividades, planes de gestión, informes) que deberán ser presentados cuando solicite el evaluador.
- **Autoevaluación:** proceso de evaluación interna mediante el cual el equipo técnico institucional recopila, consolida y analiza información sustantiva sobre la vigilancia, prevención y control de las IAAS, según criterios previamente definidos y aprobados normativamente.
- **Evaluación:** Es la emisión de un juicio a través del cual se compara los resultados obtenidos en relación con los objetivos propuestos, a través de un conjunto de estándares o criterios previamente definidos. La evaluación puede ser interna o externa.
- **IAAS:** Es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su(s) toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.



VII. METODOLOGIA:

7.1. CONSIDERACIONES O DISPOSICIONES GENERALES:

La evaluación interna parte de la necesidad de obtener información de procesos inherentes en el sistema de vigilancia y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, lo que permitirá realizar estrategias de intervención en forma oportuna para disminuir las intervenciones asociadas a la atención en salud.

- **Conformación del equipo evaluador:** El equipo evaluador será conformado con 7 integrantes: un representante quien es presidente, evaluador, el coordinador del comité de prevención y control de IAAS, y los representantes de la oficina de calidad, departamento de enfermería, laboratorio, farmacia y de epidemiología quienes serán los encargados de realizar la evaluación interna.
- **Aplicación de ficha de evaluación:** La ficha de evaluación es el instrumento de evaluación aprobado en la guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud.
- **Levantamiento de la información:** coordinación previa con los jefes o responsables de áreas a ser evaluadas, se realizará la visita respectiva con la presencia del personal designado por el servicio correspondiente y se procede la aplicación de ficha de evaluación.
- **Análisis de información:** una vez consolidada la información se procede a realizar el análisis para la identificación de los problemas y la priorización de los mismos y realizar medidas correctivas necesarias en coordinaciones con áreas evaluadas.



7.2. CONSIDERACIONES O DISPOSICIONES ESPECIFICAS:

Se utilizará la siguiente metodología durante la evaluación en los servicios seleccionados:

- **Observación directa:** Permite recoger información relacionada con el manejo estandarizado de los procedimientos, disponibilidad de recursos en los servicios a evaluar.
- **Revisión documentaria:** Permite recabar información de registros existentes en los servicios y otras instancias, como: reportes estadísticos, libros de actas, historias clínicas, registros de atención, registros de seguimiento, etc.
- **Entrevistas:** Permite establecer comunicación entre el personal de los servicios evaluados y otras instancias de importancia con los miembros del equipo evaluador para obtener información directa, con relación a necesidades, prioridades, nudos críticos y posibles soluciones.
- **Reuniones de Problematicación:** A las que acuden un conjunto de personas directa o indirectamente relacionadas con el tema, se realizan con la finalidad de intercambiar opiniones, analizar problemas, así como plantear soluciones. Es importante que se convoque a la autoridad con capacidad decisoria.

VIII. EVALUACIÓN.



Para la calificación de los criterios de las fichas de autoevaluación, se procederá de la siguiente manera:

- Aplicar la ficha de autoevaluación y de acuerdo a la constatación de cada uno de los "criterios" se colocará en la columna correspondiente el puntaje obtenido, es decir uno (1) si cumple, o cero (0) si no cumple. Al finalizar la evaluación del servicio se sumará el puntaje obtenido y se registrará al final de la columna correspondiente.
- Una vez terminada la evaluación de todos los servicios se tienen los puntajes obtenidos en cada uno de ellos, lo cual se llevará a porcentajes para verificar el avance en el cumplimiento de los criterios.

- Si en algunos de los servicios no se cumplió con los criterios obligatorios el servicio no calificará.
- Los porcentajes obtenidos se calificarán de la siguiente forma:

Nivel satisfactorio: > 80%

Nivel Regular: 60 – 80%

Nivel deficiente: < 60 %

IX. RECURSOS:

a. Recursos Materiales:

- Materiales de escritorio
- Fichas de Evaluación: Formatos preimpresos para la evaluación de los Servicios a evaluar.
- Documentos Técnicos: Normas, Manual de Procedimientos, Protocolos, Lista de chequeo.
- Información general del servicio a evaluar: organización, recursos humanos, indicadores de producción y calidad.
- Informes de evaluaciones anteriores.
- Informes o documentos sobre problemas identificados en las actividades que constituyen un factor de riesgo para el incremento de las Infecciones intrahospitalarias en el Hospital regional de Huacho.

b. Recursos Humanos:

- Equipo evaluador interno de la vigilancia, prevención y control de las IAAS
- Equipo de gestión Del Hospital Regional Huacho.
- Comité de IAAS
- Departamento de Enfermería
- Jefes de servicios hospitalarios a evaluar
- Personal de salud del Hospital Regional Huacho.



X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO - 2022

ACTIVIDAD OPERATIVA	ACCIÓN	ACCTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	MESES												RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALARIA	PLAN DE ENVALUACION INTERNA	Coordinación con los integrantes del equipo de evaluación interna	Reunion	1			X										Oficina de Epidemiología
		Elaboración del plan de autoevaluación	Plan	1	X												Equipo Evaluador Oficina de Epidemiología
		Aprobación del plan de autoevaluación interna con RD	RD	1			X										Oficina de Epidemiología
		Difusión del plan de autoevaluación interna a las Unidades Organicas/ Servicios/Oficinas	Circular	1				X									
	REALIZACION DE EVALUACION INTERNA	Selección de los servicios a evaluar priorizados según aparición de IAAS: UCI, Hospitalización.	Reunión	1				X									
		Revisión documentaria (técnicos y de gestión) de los servicios a evaluar.	Lista chequeo	6										X			
		Aplicación de los instrumentos de evaluación a través de la observación directa y entrevista con el personal para determinar el cumplimiento de la vigilancia, prevención y control de IAAS en los servicios a evaluar.	Fichas de evaluación	6										X			Equipo Evaluador Oficina de Epidemiología
		Reunión de problematización con el personal del servicio evaluado para la presentación de hallazgos y formulación de posibles soluciones a implementar.	Reunión	2											X	X	
		Elaboración de informe	Informe	1												X	



ANEXO N° 1

COMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE LA SALUD 2022



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	El Comité tiene resolución directorial (RD) actualizado.	RD o su Equivalente			Resolución directoral	
2	Cuenta con plan anual, aprobado por resolución directorial.	Elaborado según NT			Plan aprobado	
	Los objetivos del plan están incorporados en el POI institucional.	Objetivo del plan POI			POI	
4	Dispone de La normatividad referida a VPC de Inf.Intrahospitalaria(VPC de IIH) (Anexo 1)	Ejemplar accesible de cada documento			Normas IIH	
5	El CIH está presidido por el director del Hospital o su representante.	RD			RD, actas	
6	El CIH está compuesto por grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas.	Médico, enfermera de VPC, representantes de Microbiología, Epidemiología, calidad			Reglamento del CIH cuaderno actas	
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e Insumos para su Trabajo	Operativas, disponibles y suficientes			Informes/ actas	
8	Miembros del CIH reciben capacitación en IIH.	Por lo menos 3 miembros del Comité Capac. anualmente			Registro y/o enfermedades	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						

N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
9	El CIH determina los daños y servicios que serán vigilados.	Plan local y libro de actas			Plan local y libro de actas	
10	Registra reuniones en el libro de actas, con control de acuerdos	100% de reuniones registradas			Libro de actas	
11	Analiza resultados de la VPCD de IHH y accidentes biológicos laborales y propone acciones correctivas	Evaluación al menos Trimestrales			Libro de actas. Informe a la dirección del hospital	
12	Analiza y difunde el mapa microbiológico a servicios asistenciales	Cada 6 Meses			Cuaderno de cargos	
13	Promueve con la oficina de calidad, la implementación de planes de mejora, según problemas priorizados.	Implementar por lo menos un plan de mejora por año.			Planes de mejora continua informe de implementación	
14	Analiza informes de manejo de residuos hospitalarios y propone intervenciones	Trimestral			Libros de actas. Informe a la dirección	
15	Analiza informes sobre la calidad del agua y propone intervenciones	Trimestral			Libros de actas. Informe a la dirección	
16	Evalúa y propone actividades de PC en caso de brotes y epidemias	En El 100% De Casos			Informe a la dirección del hospital	
17	Evalúa resultados de acciones de VPC IHH y los avances del plan	Trimestral			Libros de actas. Informes.	
18	Con el comité farmacológico implementa estrategias para el uso racional de ATM.	CIHH, Participa en su implementación			Libros de actas. Informes	
19	Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional	Según el caso			Libros de actas. Informes	
20	Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros insumos para la VP de las IHH.	Especificaciones de los productos Y políticas de uso.			Informe, propuesta técnica de licitaciones.	
21	Informa trimestralmente a la dirección de los resultados, logros y dificultades.	De acuerdo al Plan Anual			Informe a la dirección del hospital	
SUB TOTAL PROCESO CUMPLIMIENTO :						



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
22	Cumplimiento de las metas señaladas en el plan en no menos del 80%	De actividades programadas en el plan			Informe anual	
23	Reducción no menor del 20% de las incidencia por tipo de IIH de acuerdo a la línea basal y estándares	Según lo programado en el plan para las IIH.			Informes/boletines	
	El 90% del personal cumple con el lavado de manos en áreas críticas	Según línea de base			Informe anual	
25	Incremento en un 50% de cumplimiento de medidas de prevención en procedimientos de riesgo (tactos vaginales, rasurado pre quirurgico, uso de cateteres y antibioticos profilaxis.	según procedimientos establecidos			Informe anual/ lista de cotejos.	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						
TOTAL COMITÉ DE IIH CUMPLIMIENTO						

Fuente: Fichas de Recojo de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



AREA DE EPIDEMIOLOGIA

N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO O PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con la oficina /unidad de epidemiologia	ROF			ROF	
2	Cuenta con el equipo de computo, correo electronico e impresora	Operativos y disponible			Lista de verificación	
3	Cuenta con documentos técnicos de VPC de las IIH (Anexo N°1)	Ejemplar de cada uno			Normas disponibles	
4	Cuenta con profesionales necesarios y funciones definidas	Epidemiólogo, enfermera, estadísticos, otros			MOF.CAP	
5	Cuenta con enfermera para VPC- IIH	A tiempo completo (1/200 camas)			MOF.CAP	
6	En las acciones de VPC incorpora personal de los servicios	Al menos uno por servicios			Informe	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



AREA DE EPIDEMIOLOGIA



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
7	Investiga brotes y epidemias,comunica resultados a la direccion, al comité IIH y al nivel intermedio	En 100% de los casos			Informes , reportes	
8	Vigila diaria y activamente las IIH en servicios seleccionados	En 100% de los casos			Reportes, formatos	
9	Revisa los resultados microbiologicos positivos,de servicios seleccionados	diariamente en el laboratorio de microbiología			Plan de actividades, informes	
10	Vigila y reporta los ABL	Vigilancia pasiva			Reportes.	
	Conduce los estudios de prevalencia de IIH y otros relacionados	De acuerdo a plan			Informe .	
12	Participa en la vigilancia del uso racional de Antimicrobianos (URATM).	De acuerdo a plan			Informe .	
13	El epidemiólogo supervisa la vigilancia activa de la enfermera	Semanalmente			Plan de actividades.	
14	Capacitan en prev.y control de IIH y ABL en los servicios	Durante la supevisión			Plan de actividades, informes	
15	Informa a nivel intermedio resultados de la vigilancia y otros afines	Mensual y oportunamente			informes.	
16	Informa al CPVC IIH y a la dirección de la incidencia de IIH y ABL.	Mensual y oportunamente			Informes	
17	Elabora tendencias de las incidencias de las IIH vigiladas	Con al menos 5 años de reportes			Informes de la vigilancia	
18	Analiza e informa sobre el comportamiento de la vigilancia de IIH	De acuerdo a linea basal y estandares			Informes	
19	Identifica y analiza con salud ocupacional, riesgos laborales y propicia control de los mismos. (anexon°2)	Especial atencion a exposición a cortopunzantes y TBC			Reportes , informes	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



AREA DE EPIDEMIOLOGIA

N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
20	Cumple las metas señaladas para la vigilancia de las IIH y ABL en el plan en menos no menos del 80%	De lo programado en el plan			informe anual	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						
TOTAL COMITÉ DE IIH CUMPLIMIENTO						

Fuente: Fichas de Recojo de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



SALUD AMBIENTAL



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con plan de manejo de RSH.	Plan anual			Plan	
	Cuenta con los insumos necesarios para cumplir sus funciones	Según especificaciones			Informe	
	Cuenta con los equipos para el acopio y transporte intermedio (final)	Según especificaciones			Lista chequeo informes	
4	Dispone del personal capacitado de acuerdo a funciones	Ing. ambiental o sanitario,técnico sanitario.			MOF/CAP .informes de capacitación	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



SALUD AMBIENTAL



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
5	Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en RSH	De acuerdo a la norma vigente			Reporte , informes	
6	Controla puntos criticos de agua en :centro quirurgico, centro obstetrico,esterilizacion, uci, hemodialisis, otros	Cumple cronograma			Informes	
7	Realiza limpieza y desinfección de reservorios de agua	De acuerdo al plan de limpieza y a la norma			Informes	
8	Vigila y controla el manejo sanitario de los alimentos según normatividad vigente	Inspecciones periódicas al servicio de nutrición			Informes	
9	Realiza el control de vectores de acuerdo a la norma	Programa de fumigación, desratización			Informes	
10	Con farmacia, supervisa manejo adecuado de productos limpiadores y desinfectante de uso general.	según el plan			Informes	





SALUD AMBIENTAL



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO O PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
11	Cumple el 80% de metas señaladas en el plan de actividades	de actividades programadas			Informe anual	
SUB TOTAL RESULTADOS CUMPLIMIENTO :						
TOTAL COMITÉ DE IIH CUMPLIMIENTO						

Fuente: Fichas de Recojo de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA (LM)

N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con los criterios de infraestructura, según norma	De acuerdo a normatividad			Lista de chequeo, informes	
2	Cuenta con equipos necesarios para el diagnostico y antibiograma	Equipamiento mínimo apto para el uso			Registro de equipos y estado	
3	Dispone de insumos mínimos necesarios para diagnosticos y antibiograma	Lista de insumos minimos			Listados	
4	Cuenta con insumos de protección del personal en cantidad suficiente	Guantes, respiradores, mandiles, lentes			Informes	
5	Cuenta con los instrumentos para controlar temperaturas	Termometro máx y mín, registro de temp.			Registro	
6	Cuenta con los manuales de procedimientos	Por tipo de procedimientos			MAPRO	
7	Formato de solicitud de exámenes de laboratorio de hospitalización, con la información necesaria para la ayuda al diagnóstico	En lab. microbiológico mas del 80% de formatos con informacion necesaria			Muestreo de un día mas del 80% cumple con esta condición	
8	Cuenta con formato estandarizado de informe de resultados con firma y sello de profesional calificado.	Formatos estandarizados por tipo de muestra			Archivo de resultados	
9	Dispone de stock temporal para cepas posibles IIH con fines de verificación	Stock temporal 15dias			Listado, informes	
10	Cuenta con todas las cepas referenciales atcc necesarias y viables.	S. aureus atcc25923, E. coli atcc 25922, E. coli atcc 35218, E. fecalis29212,			Listado de stock	
11	Cuenta con recursos humanos necesarios	Profesionales, técnicos y auxiliares de microbiología			Manual de organización y funciones. cuadro de asignacion de personal. Programación.	
12	El personal está capacitado de acuerdo a sus funciones	Cumple mas del 70% del plan anual capacitación.			Plan de Capacitación, informes	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO:						



LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA (LM)

N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
13	Almacena los insumos adecuadamente	Según RMF no se utilizan fuera del rango			Listado.	
14	Realiza pruebas de diagnóstico de acuerdo al nivel de complejidad.	Listado de pruebas mínimas			Registro de pruebas realizadas.	
15	Utiliza sangre de camero en casos necesarios	Aislamiento primero y pruebas de identificación			Informes	No aplica para el nivel.
16	Realiza pruebas adicionales de resistencia, blee,mrsa,mls yre	Según criterios establecidos			Registro,reportes	
17	Emite oportunamente los resultados de acuerdo al tipo de muestra y análisis	Tiempo establecidos			Manual de procedimientos	
18	Informar resultados de sensibilidad antimicrobiana al CIIH,según muestras,microorganismos y servicios	De servicios predefinidos por CIIH (semestral)			Reportes	
	Utiliza software actualizado de VR ATM	Resultados oportunos			Reportes	
20	Realiza control de calidad de insumos de las pruebas de diagnósticos microbiológico.	Medios de cultivos reactivos discos de sensibilidad atm			Libros de registros	
	Controla los medios y discos de sensibilidad antimicrobiana	Control de calidad al menos cada 15 días			Registros.	
22	Cumple las normas de bioseguridad dispuestas en el laboratorio	Con buenas prácticas y barreras			Manual bioseguridad	
23	Controla y registra la temperatura de estufas, refrigeradora y congeladora.	A primera hora y a la salida (diario)			Registros.	
24	Participa del programa de evaluación externa del laboratorio de referencial regional.	Anual			Informes	
25	Coordina con servicios para optimizar desempeño en calidad de muestras,llenados de ordenes e interpretación de los resultados.	Semestral			Plan de actividades	
26	No informa de rutina la sensibilidad a los antibióticos de uso restringidos por el CIIH y Comité farmacológico.	Responsabilidad compartida			Resultados de antibiogramas	
27	Estudia los brotes de IHH con orientacion epidemiológica y envia cepas al laboratorio referencial	Participa activamente			Informes,registros	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA (LM)



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
28	Los resultados del programa de eval.externa (PEED),son satisfactorios de acuerdo al nivel de complejidad del hospital	% de pruebas aceptables, concordancia de lectura de halos e interpretación			informes.	
	La positividad de los hemocultivos convencionales >- 10% y en los automatizados >_20%, la contaminación <_3-5 % respectivamente	De lo programado en el plan			informes.libro de resultados,informe anual	
SUB TOTAL RESULTADO CUMPLIMIENTO :						
TOTAL LABORATORIO MICROBIOLOGIA CUMPLIMIENTO						

Fuente: Fichas de Recojo de Dats: Evaluación Interna de la VPC IIIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



FARMACIA



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Farmacia y los almacenes especializados para medicamentos y otros productos farmacéuticos cumplen con las buenas prácticas de almacenamiento.	Cumplimiento del manual de BPA (RM N° 585-99-sa/dm).			Certificado de BPA emitido por autoridad sanitaria (DIGEMID-DEMID)	
2	Cuenta con los ATM identificados como necesario para el hospital	El 100% de ATM se encuentran en stock			Inf. de stock y consumo de últimos seis meses (pareto)	
3	Los ATM no considerados en el petitorio nacional de medicamentos vigente, disponibles en farmacia, se aprueban por comité farmacológico	El 100% de ATM no incluidos en PNM aprobados por comité farmacológico			Inf. de stock de atm en farmacia aprobado por comité farmacológico	
	Tiene antisépticos y diluciones según especificaciones del CIH y documentos farmacéuticos normativos.	El 100% de antisépticos en norma stock.			Registros, normas	
5	Dispone de hojas amarillas para notificaciones de RAM relacionados con el uso de antimicrobianos.	Disponibles y suficientes en el 100% de los servicios			Registro mensual	
6	Dispone de documentos normativos actualizados	Visibles			Informe	
7	Cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados	Químico farmacéutico, técnico y auxiliar			Manual organización y funciones, cuadro de asignación de personal	
8	Responsable del almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital	Almacén especializado cumple manual de BPA			Certificado de BPA emitido por autorizado (DIGEMID-DEMID).	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



FARMACIA



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
9	Supervisa y controla los medicamentos e insumos de su responsabilidad de uso en los servicios del hospital.	Supervisión del 100% al menos 2 veces al mes			Informe o formato de supervisión	
10	Controla la dispensación de antibióticos de uso restringidos (ATMR).	El 100% de ATMR dispensados con autorización del CIH a través de médicos designados			Registro de autorización del comité de IH	
11	Controla los antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.	Cumple Directiva del SISMED, tarjetas control visibles			Formatos SISMED registro en tarjetas de control	
12	Responsable de la preparación de diluciones de los antisépticos y desinfectantes.	Cumple con criterios técnicos de preparación de galénicos		C	Registros de preparación de antisépticos y desinfectantes	
13	Responsables del expendio de antisépticos y desinfectantes.	Cumple con el 100% de los requerimientos			Registro de atenciones	
14	Realiza capacitaciones a nivel local.	Por lo menos seis capacitaciones anuales			Registro de asistencia	
15	Desarrolla estudios de utilización de antimicrobianos, antisépticos y desinfectantes.	Participa como mínimo en estudio sobre ATM cada 2 años			Informe del estudio	
16	Responsable de elaboración de las fórmulas estériles: nutrición parenteral (NPT) y mezclas intravenosas.	El 100% de las fórmulas elaboradas según normas			Registro de preparación	
SUB TOTAL PROCESOS CUMPLIMIENTO :						

FARMACIA

N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
	Cumple metas programadas para farmacia en VPC en no menos del 80%	Del plan			Informe anual	
SUB TOTAL RESULTADOS CUMPLIMIENTO :						
TOTAL FARMACIA CUMPLIMIENTO						

Fuente: Fichas de Recojo de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



CENTRAL DE ESTERILIZACION (CE) Y DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura.	Area roja, verde y azul.			Lista de chequeo.	
2	Dispone de equipos e insumos de limpieza y descontaminación recomendados .	Detergente, agua blanda y destilada, hisopos, pistolas, otros.			Manual de procedimientos.	
3	Cuenta con equipos e insumos de secado recomendados.	Aire comprimido, pistolas, secadoras.			Manual de procedimientos.	
4	Cuenta con los empaques recomendados.	Papel grado médico (corrugado) etc.			Manual de procedimientos.	
5	Dispone de equipos esterilizadores operativos y validados.	Autoclave, hornos con ventilador y camas de baja temperatura con registros de verificación de procesos.			Documentos de auditoria y certificación registro de apto.	
6	Cuenta con controles físicos, químicos y biológicos necesarios y normados.	Controles validados y certificados.			Registros.	
7	Cuenta con un programa efectivo de mantenimiento de equipos.	Cronograma normado.			Registros de mantenimiento.	
8	Cuenta con personal capacitado para realizar las funciones.	Desde la limpieza hasta el entrega del material esteril.			Manual de organización y funciones constancia de capacitación.	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						





CENTRAL DE ESTERILIZACION (CE) Y DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
9	La jefatura se conduce y controla, supervisa y registra todas las etapas del proceso de esterilización en el hospital.	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril			Manual de organización y funciones. Manual de procedimientos.	
10	Participa activamente en las especificaciones técnicas para compra de materiales e insumos del servicio.	Define especificaciones técnicas.			Manual de organización y funciones. Registros de especificaciones.	
11	En caso de tercerización, registra la certificación de garantía de calidad.	Conoce y acepta el servicio.			Certificado del proveedor	
12	Controla y registra los procesos de limpieza y descontaminación.	En el hospital.			Registros	
13	Controla y registra los procesos de secado.	En el hospital.			Registros	
14	Controla y registra los procesos de empaquetado.	En el hospital.			Registros	
15	Controla y registra los procesos de esterilización.	En el hospital.			Registros	
16	El material esterilizado se almacena según norma.	C.E. y en los servicios.			Registros	
17	Mantiene un stock mínimo de insumos estériles.	Almacén.			Lista de stock	
18	Previene y controla el riesgo ocupacional.	Uso de barreras, inmunización.			Manual de procedimientos. Informes.	
19	Reporta incidencias, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente.	Inmediatamente.			Reporte, registros de incidencias y notificaciones.	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
RESULTADOS						
20	El 100% de lotes entregados con garantía de esterilidad.	En maniobras de riesgo			Registros de salida. Informe Anual	
SUB TOTAL RESULTADO CUMPLIMIENTO :						
TOTAL CENTRAL ESTERILIZACION CUMPLIMIENTO						

Fuente: Fichas de Recop de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
21	Cuenta con ambiente apropiado y materiales de proteccion personal.	Ambiente ventilado o cabinas y barreras.			Listado.	
22	Cuenta con desinfectantes de alto nivel normados.	Según CIH.			Manual de Procedimientos. Registros de Procesos.	
23	Cuenta con los insumos de limpieza normados.	Detergente enzimáticos, agua destilada, pistola, recipientes y otros.			Informes.	
24	Cuenta con agua destilada estéril para el enjuague final.	Agua destilada esteril de fábrica			Listado de material.	
25	Cuenta con los insumos de secado normados.	Campos y compresas estériles para el secado.			Listado stock.	
26	Cuenta con un modulo de almacenamiento y conservación.	Cabinas ,contenedores, envoltorios.			Informes.	
27	Cuenta con personal profesional y tecnico capacitado en desinfeccion de alto nivel (DAN).	Central esterilización supervisa y controla los procesos (DAN).			Manual de Procedimientos. Registros de Procesos.	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN)

N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
28	Controla y registra el proceso DAN.	El 100% del proceso			Informes	
29	Reporta incidencias a la autoridad correspondiente.	Inmediatamente			Informes	
30	En servicios de endoscopia y hemodialisis se controla el proceso.	De rutina			Registros	
31	Los procesos cuentan con registros de calidad.	En el 100%			Informes	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						

N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
32	Mejora continua en el DAN al menos en el 80% del Plan.	En los servicios donde se realiza.	1		Informe anual	
SUB TOTAL						
TOTAL DAN						
TOTAL CENTRAL DE ESTERILIZACION Y DAN						

Fuente: Fichas de Recodo de Dabos: Evaluación Interna de la VPC IIIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



CENTRO QUIRURGICO (CQ)



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo 6).	Zona de ambientes y zonas de riesgo			Norma	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas				Informe	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.	Insumos para el 100% lavado social, clínico y quirúrgico			Informe	
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumento y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua			Informe	
5	Cuenta con área de limpieza utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	Cuenta de manera sistemática y continua			Informe	
6	Cuenta con material e insumos para el manejo de los residuos sólidos hospitalarios.	Cuenta de manera sistemática y continua			Informe	
7	Se controla profilaxis quirúrgica de acuerdo a norma.	Cuenta de manera sistemática y continua			Reporte protocolos	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						





CENTRO QUIRURGICO (CQ)



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
8	Se cumple con medidas de prevención y control de Iih (especialmente lavado de manos,antisepsia de piel) y accidente biológico laborales (ABL). (Anexo 7)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe	
9	Cirujanos,residentes,internos,enfermeros otros,cumplen medidas de prevencion,control y ABL.	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe	
10	Manejo de los RSH según norma.(Anexo 3)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe	
11	Utilizan equipos e insumos estériles de ventilación y anestesia por paciente	Circuitos de la máquina de anestesia, vacío,gases,ambú.			Informe	
12	Cumple con el programa de mantenimiento de equipos,sistema eléctrico, de gases y vacío	Tarjetas de último chequeo			Tarjeta y reporte	
13	En pacientes con infecciones de transmisión aerea y sangre se procede según norma. (Anexo 8)	Tuberculosis,hepatitis viral,VIH.			Informe	
14	Uso de drenaje aspirativo en circuito cerrado y sacados por contrabertura	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe manual de procedimientos.	
15	Se evita rasurado.si es pertinente se recorta con técnica aseptica < 30 minutos antes de la intervención	cumple de manera sistematica y continua			Informe	
16	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas o pinchazos,se reporta a ueh para el seguimiento. (Anexo 2)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe	
17	Conocimiento de la incidencia de infección de herida operatoria y de acciones de prevención y control.	Difusión mensual de resultados.			Reporte entrevista	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



CENTRO QUIRURGICO (CQ)



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
18	El 100% de cirujanos cumple con las normas de lavado quirurgicos	Según línea de base			norma	
19	Incremento porcentual del cumplimiento en el procedimiento de rasurado o recorte de vello	Según línea de base			plan	
20	Reducción porcentual de la incidencia de las infecciones mas frecuentes	Según línea de base o metas establecidas en el Plan.			informe	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						
TOTAL CENTRO QUIRURGICO						

Fuente: Fichas de Recojo de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



CENTRO OBSTETRICO



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con los criterios de infraestructura , según norma (Anexo 9).	zonificación de ambiente y zonas de riesgo.			Informe	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.	De manera sistemática y continúa.			Informe	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas.	Insumos para el 100% del lavado social, clínico y quirúrgico.			Informe	
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	De manera sistemática y continúa.			Informe	
5	Cuenta con área de limpieza y utensilios , limpiadores y desinfectantes normados.	De manera sistemática y continúa.			Informe	
6	Cuenta con material e insumos para manejo de R.S.H (Anexo 3).	De manera sistemática y continúa.			Informe	
7	Los equipos e insumos de reanimación del neonato se manejan de acuerdo a normas de prevención y control de I.H.	Cumple de manera sistemática y continúa.			Informe	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						





CENTRO OBSTETRICO



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
8	El personal cumple con medidas de prevencion y control IIH y ABL, especialmente lavado de manos,antisepsia de la piel y mucosas.	Cumple de manera sistemática y continúa con normas.			Procedimientos.	No cumple de acuerdo a la Norma.
9	Manejo de residuos solidos , según normas (Anexo3).	Cumple de manera sistemática y continúa con normas.			Manual de Procedimietnos.	
10	Durante el trabajo de parto no se realizan más de 4 tactos vaginales.	Cumple de manera sistemática y continúa con normas.			historia clínica partograma.	El encabezado del partograma no está registrado correctamente
11	Cuenta con un programa de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipo	Según especificaciones de equipos			Informe de kardex de equipo.	
12	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según normas (Anexo 8).	Cumple de manera sistemática y continúa con normas.			Informe .	Se realiza adecuaciones para su cumplimiento.
13	Manejo de profilaxis inmediata en caso de herida punzocortantes y reporta a UEH para el seguimiento . (Anexo 2)	Cumple de manera sistemática y continúa con normas.			Informe .	No notifica de casos.
14	Cónocimientos de la incidencia de IHO , endometritis y de acciones de prevención y control.	Estadísticas del servicio.			Reporte	No todo el personal conoce de las IIH en el servicio.
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						





CENTRO OBSTETRICO



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
15	Incremento en un 50% de gestantes con no más de 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto.	Según línea de base			Historia clínica partograma	
16	Más del 90% del personal no cumple con las normas del lavado de manos (Anexo 8).	Según línea de base			Registro informe	
17	Reducción porcentual de la incidencia de las IIH seleccionadas (Endometritis, IHO, otras).	Según línea de base			Registro informe	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						
TOTAL COMITÉ DE IIH CUMPLIMIENTO						

Fuente: Fichas de Recojo de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Nº	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cumple con criterios de infraestructura según norma (Anexo 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma.			Norma	
2	Cuenta con recursos humanos en número suficiente para la atención.	Según norma			Manual de organización y funciones, informes.	
3	Dispones de agua potable corrientes las 24 horas	De manera continua			Informe	
	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas(Anexo 8)	Insumos para el 100% del lavado social, clínico y quirúrgico.			Informe	
	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta manera sistemática y continua			Informe	
6	Cuenta con área de limpieza y utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	Cuenta manera sistemática y continua			Informe	
7	Cuenta con manuales de procedimientos de enfermería y guías de práctica clínica	Cuenta manera sistemática y continua			Manuales, guías.	
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente	Cuenta manera sistemática y continua			Stock	
9	Con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con esquemas globales por pacientes	Los trámites burocráticos y otros no impedirán la atención de calidad			Listados	
10	Los frascos de aspiración, nebulización y otros no están con líquidos, si no se utilizan de inmediato	Cumple de manera sistemática y continua			Informe, manual de procedimientos	
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío.	Cumple de manera sistemática y continua			Reporte	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO :						



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
12	Utiliza fórmulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso.	Cumple de manera sistemática y continua			Manual de organización y funciones. Manual de procedimientos.	
13	Manejo de uso racional de antimicrobianos.	según manual de procedimientos			Informe, manuales	
14	Se maneja residuos sólidos según norma. (Anexo 3)	Cumple de manera sistemática y continua			Reporte	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad.	Circuitos y frascos de ventilación y humidificación ambú.			Informe.	
16	Se cumple medidas de aislamientos de acuerdo a la norma(Anexo 8)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzocortantes.se reporta a UEH (Anexo 2)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
18	Conocimientos de incidencia de VIH y de acciones de prevención y control.	Análisis y difusión mensual de resultados.			Informe.	
19	En caso de brotes o epidemias se toman medidas oportunas.	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte	
SUB TOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO						



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)



Nº	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo	Según línea de base o metas del plan local			informe.	
	Reduccion del número de brotes de IIH.	Según línea de base o metas del plan local			informe.	
22	Más del 90%del personal cumple con la norma de lavado de manos	Según línea de base			informe.	
SUB TOTAL RESULTADO						
TOTAL UCI						

Fuente: Fichas de Recojo de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental



HOSPITALIZACION



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
ESTRUCTURA						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes areas	Insumos para 100% lavado social, clinico				
2	Cuenta con area e insumos para descontaminación de instrumental y equipos lavamanos e insumos normados en las diferentes areas	Cuenta manera sistemática y continua				
3	Cuenta con area de limpieza,utensilios,limpiadores y desinfectantes normados.	Según norma				
4	Frascos de antisépticos y otras soluciones,rotulados,con tapa y otras especificaciones.	Cuenta manera sistemática y continua				
5	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH.	Cuenta manera sistemática y continua				
SUB TOTAL ESTRUCTURA · CUMPLIMIENTO :						





HOSPITALIZACION



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
PROCESOS						
6	Manejo adecuado de frasco de aspiracion,nebulizaciony otros	Según manual de procedimientos			Informe	
7	Se maneja uso racional de antimicrobianos.	Según manual de procedimientos			HCI , protocolos.	
8	Se maneja los RSH según norma. (Anexo 3)	De manera sistematica y continua			Informe	
9	En pacientes con infecciones de transmisión area se procede según norma .(Anexo 8)	Tuberculosis, varicela			Informe, manual de procedimientos	
10	Se cumple medidas de aislamientos de acuerdo a la norma. (Anexo 8)	Otro tipo de infeccion			Norma	
11	Manejo de profilaxis inmediata de herida o pinchazo , según normatividad. (Anexo2)	Hepatitis virales, VIH			Informe, cartilla	
12	Conocimientos de incidencia de IIH asociadas a cateteres,sondas,etc y de acciones prevención y control.	Medicos y enfermeras conocen			Informe	
SUB TOTAL PROCESO CUMPLIMIENTO :						





HOSPITALIZACION



N	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACION		FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES (INCLUIR EN EL CUMPLIMIENTO PARCIALES)
			C	NC		
RESULTADOS						
13	Reducir la incidencia de IIH por cateter urinario	De acuerdo al plan			informes.plan	
14	Reducir la incidencia de IIH por cateter venoso periferico	De acuerdo al plan			informes plan	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según guías de prácticas clínica			informes.historia clinica	
SUB TOTAL RESULTADOS CUMPLIMIENTO						
TOTAL DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION						

Fuente: Fichas de Recojo de Datos: Evaluación Interna de la VPC IIH

Elaborado por: Equipo de trabajo de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

ANEXO N°2

LISTA DE CHEQUEO PARA LA AUTOEVALUACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN		
DOCUMENTOS ENCONTRADOS	SI	NO
1. Manual de Aislamiento Hospitalario MINSA, RM N° 452-2003-SA/DM		
2. Listado de antimicrobianos de uso restringido		
3. Guía Técnica de procedimientos para uso de desinfectantes y Antisépticos		
4. Guía Técnica de procedimiento de Lavado de manos clínico y quirúrgico		
5. Norma Técnica de Prevención y Control de las infecciones Intrahospitalarias N° 523-2020/MINSA que aprueba la NTS N°163-MINSA /2020/CDC		
6. Norma Técnica de procedimientos para el manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios R.M. N°1295-2018/MINSA, NTS N°144-MINSA/2018/DIGESA.		
7. Guía Técnica de procedimientos para punción venosa periférica		
8. Guía Técnica de procedimientos para caterización venosa central		
9. Protocolo sobre manejo y curación de heridas		
10. Protocolo sobre manejo y curación de ostomias		



EQUIPO EVALUADOR

FIRMA

LISTA DE CHEQUEO PARA LA AUTOEVALUACIÓN EN FARMACIA

DOCUMENTOS ENCONTRADOS	SI	NO
1. Manual de buenas prácticas de almacenamiento en farmacia. MINSA – R.M. N° 585-99-SA-DM		
2. Protocolo: Estudio sobre la prescripción, el uso y las reacciones adversas a los antimicrobianos en pacientes hospitalizados, MINSA, 2001		
3. Reglamento para el registro de registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos y afines, MINSA, DS M° 010-97-SA-DM, DS 020-2001-SADM		
4. Reglamento de establecimientos farmacéuticos – DS N° 021-2001-SA-DM		
5. Listado de antimicrobianos de uso restringido		



EQUIPO EVALUADOR

FIRMA

LISTA DE CHEQUEO PARA LA AUTOEVALUACIÓN EN UCI		
DOCUMENTOS ENCONTRADOS	SI	NO
1. Guía Técnica de procedimientos para punción venosa periférica		
2. Guía Técnica de procedimientos para caterización venosa central		
3. Guía Técnica de procedimientos para punción arterial		
4. Guía Técnica de Procedimientos para limpieza y mantenimiento de equipos		
5. Manual de desinfección y esterilización hospitalaria, MINSA , RM N° 1472-2002- SA/DM		
6. Guía Técnica de procedimientos para el manejo de via aérea artificial.		
7. Guía Técnica de procedimientos para lavado de manos clínico y quirúrgico		
8. Manual de Aislamiento Hospitalario , MINSA, RM N° 452-2003- SA/DM		
5. Norma Técnica de Prevención y Control de las infecciones Intrahospitalarias N° 523-2020/MINSA que aprueba la NTS N°163- MINSA /2020/CDC		
10. Listado de antimicrobianos de uso restringido		



EQUIPO EVALUADOR

FIRMA