



**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS**

**GUÍA TÉCNICA PARA LA  
EVALUACIÓN INTERNA DE LA  
VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y  
CONTROL DE LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS**

**RM N° 523-2007/ MINSA**

**Lima – Perú  
2007**



**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS**

**GUÍA TÉCNICA PARA LA  
EVALUACIÓN INTERNA DE LA  
VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y  
CONTROL DE LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS**

**RM N° 523-2007/ MINSa**

**Lima – Perú  
2007**

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Guía técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2007  
80 p.

INFECCION HOSPITALARIA, prev / LEGISLACION SANITARIA / CONTROL DE INFECCIONES, normas / ALMACENAMIENTO Y RECUPERACION DE LA INFORMACION / EVALUACION / DICCIONARIOS / PERU

ISBN: 978-9972-851-32-2

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2007 - 09045

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

© MINSA, 2007

Ministerio de Salud  
Av. Salaverry No 801, Lima 11 – Perú  
Telf. (51-1) 315-6600  
<http://www.minsa.gob.pe>  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Proyecto VIGIA  
Jr. Pablo Bermúdez No 150 Piso 10 Of. B  
Telf. (51-1) 433-9264 / (51-1) 330-3643  
<http://www.minsa.gob.pe/pvigia>

1ra. Edición, 2007

Tiraje: 2,000 ejemplares

Impreso en:  
Gráfica Técnica S.R.L.  
Calle Los Talladores 184 – Los Artesanos – Ate.  
Telf. 434-2034 / 436-3140

Esta publicación fue realizada con el apoyo técnico y financiero del Proyecto VIGIA – “Enfrentando a las Amenazas de las Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes” (Convenio Bilateral de Donación entre la República del Perú y los Estados Unidos de América). MINSA/USAID



# Resolución Ministerial

Lima, 20 de Junio del 2007

Visto: el expediente N° 06-108121-001, que contiene el Memorandum N° 4141-2006-DG-SP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas:

**CONSIDERANDO:**



J. Calderón Y.

Que, es preocupación permanente del Ministerio de Salud garantizar la calidad asistencial, así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brindan a la población usuaria en los establecimientos de salud;



E.M. GHOTTI

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005, la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo del Ministerio de Salud en los procesos relacionados a servicios de salud, está a cargo de diseñar, normar, evaluar y mejorar continuamente el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el sector;



V. Zúmaran A.

Que, en ese sentido la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias", cuyo objetivo es establecer los criterios, la metodología, el procedimiento y los instrumentos necesarios para la autoevaluación o evaluación interna de las infecciones intrahospitalarias;

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

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

**SE RESUELVE:**



Héctor García B.

**Artículo 1°.-** Aprobar la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo 2°.-** La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Servicios de Salud se encargará de la difusión, supervisión y monitoreo del cumplimiento de la citada Guía Técnica.



E.M. CHIOTTI K.

**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables de la difusión, implementación, supervisión y aplicación de la citada Guía Técnica, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones

**Artículo 4°.-** La Oficina General de Comunicaciones publicará la referida Guía Técnica en el portal de internet del Ministerio de Salud.



V. Zumarán A.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN  
Ministro de Salud



Magdy García B.



J. Calderón Y.

MINISTERIO DE SALUD

CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN  
Ministro de Salud

ELÍAS MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ  
Vice – Ministro de Salud

PEDRO MANUEL ABAD BARREDO (e)  
Director General de Salud de las Personas

## **Participación en la elaboración, revisión y validación en talleres y trabajo de campo, de la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias**

### **Elaboración:**

Dra. Nydya Guardia Aguirre - Directora de Servicios Especializados de Salud - DGSP/MINSA, Dra. Emma Suárez Castillo - Asesora Técnica de IIH - Proyecto Vigía MINSA/USAID, Lic. Rosa Sacaquispe Contreras - Laboratorio de IIH - INS/MINSA, Dr. Raúl Navarro Figueroa - DGE/MINSA, Q.F. Susana Vásquez Lezcano - Jefe del Grupo Racional de Medicamentos DIGEMID/MINSA, Q.F. Rossana Geng Olaechea - Asesora Técnica de Medicamentos - Proyecto Vigía MINSA/USAID, Blgo. Elmer Quichiz Romero - Responsable RSH - Dirección de Ecología y Protección del Ambiente DIGESA/ MINSA.

### **Revisión:**

Lic. Ana Borja Hernani,- Secretaria General MINSA, Lic. Ana María Carbajal Carbajal- DGSP/MINSA, Lic. Doris Dionisio Astuhuamán - DEGP/MINSA, Dra. Luz Esther Vázquez Vázquez- Directora Proyecto Vigía MINSA/USAID, Dra. María Mercedes Pereyra Quiroz - Sub-Directora Proyecto Vigía MINSA/USAID, Dra. Emma Suarez Castillo - Asesora Técnica de Infecciones Intrahospitalarias Proyecto Vigía MINSA/USAID y Lic. Enf. Gladys Garro Nuñez - Proyecto Vigía MINSA/USAID.

### **Diagramación:**

Ing. Comp. y Sistemas José Luis Orbegoso Peñaherrera - Proyecto Vigía MINSA/USAID, Bach. Com - Yolanda Zúñiga Cuello - Proyecto Vigía MINSA/USAID.

### **Talleres de validación:**

#### Expositores:

Dra. Nydya Guardia Aguirre, Dra. Emma Suárez Castillo, Q.F. Susana Vásquez Lezcano, Lic. Rosa Rosales de Zavala, Lic. Jesús Pardo Meza, Blgo. Elmer Quichiz Romero, Lic. María Elena Yeckle Chuquipiondo.

#### Facilitadores:

Dra. Nydya Guardia Aguirre, Dra. Emma Suárez Castillo, Q.F. Susana Vásquez Lezcano, Q.F. Rossana Geng Olaechea, Lic. Ana María Carbajal Carbajal, Dra. Alida Palacios Enríquez, Dr. Luis Sevillano Morales.

#### Grupo Comité de IIH:

Dr. Augusto Irey Tsukayama - Red Almenara EsSALUD, Dra. Milagros Ramírez Villajuan - DISA IV Lima Este, Dr. Américo Sandoval Lara - DISA IV Lima Este, Lic. Carmen Lam Villoslada

- Hospital Nacional Dos de Mayo, Lic. Iris Mucha Huatuco - Hospital Nacional Dos Mayo, Dr. Fernando Ramírez Wong - Hospital María Auxiliadora, Lic. Carmen Samán Angeles - Hospital María Auxiliadora, Lic. Frida Basurco Burgos - Hospital San José - Callao.

Grupo Vigilancia de las IIH y Salud Ambiental:

Dr. Sixto Sánchez Calderón - DISA V Lima Ciudad, Dra. Erminda Marta Santillán Mercado - Instituto Materno Perinatal, Lic. Jesús Pardo Meza - Instituto Materno Perinatal, Dr. Carlos Soto Linares - Hospital Nacional Hipólito Unánue, Dr. Jesús Chacaltana Huarcaya - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, Blga. Lolia Egusquiza Vida - DISA III Lima Norte, Ing. Sinclair Jacinto Gonzáles - DISA V Lima Ciudad, Lic. Marcela Aspilcueta de Villamar - Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa, Lic. Patricia Reyes Vásquez - Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lic. María Lucía Carranza Sandoval - Hospital Regional Docente de Trujillo, Dr. Salomón Aguilar Mesías - DISA III Lima Norte, Blgo. Felipe Mendoza Tasayco - Instituto Nacional de Rehabilitación, Ing. Santiago Ramírez Lazo - Salud Ambiental DISA I Callao, Dr. Raúl Navarro Figueroa - DGE/MINSA.

Grupo Laboratorio de Microbiología:

Dra. Elena Tapia Egoavil - Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lic. Mery Ale Arratea - Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Dra. Luz Huaroto Valdivia - Hospital Nacional Dos de Mayo, Blgo. Elmer Quichiz Romero - DIGESA, Dra. Fanny González García - Dirección de Calidad - DGSP/MINSA, Dra. Gloria Yale Cajahuanca - Laboratorio de Referencia DISA V Lima Ciudad, Lic. Harrison Sandoval Castillo - Clínica Ricardo Palma, Blga. Nila Alarcón Velazco - Hospital Nacional Cayetano Heredia, Dra. Lilian Patiño Gabriel - Instituto Especializado de Salud del Niño, Dr. William Henry Vicente Taboada - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Dra. Rosa Vilma Acurio Usca - Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Grupo de Farmacia:

Q.F. Rita Ricaldi Sueldo - DIGEMID/MINSA, Q.F. Elvira Rojas Torres - Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, Q.F. Bertha Yacolca Estares - Hospital Santa Rosa, Q.F. Martha Estacio Huamán - Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas, Q.F. Manuel Muñoz Jáuregui - Hospital Nacional Dos de Mayo.

Grupo Central de Esterilización:

Lic. Patricia Burga Coronado - Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lic. Adelaida Huamán Medina - Hospital María Auxiliadora, Lic. María Elena Yeckle Chuquipiondo - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lic. Esther Flores Cáceres - Instituto Especializado de Salud del Niño, Lic. Carolina Paredes Sánchez - Clínica San Pablo, Lic. Yolanda Tello López - Hospital Nacional Sergio Bernales, Lic. Rosa Rosales de Zavala - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lic. María Alcántara Montero - Hospital Nacional Hipólito Unanue.



Grupo Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico:

Lic. Socorro Torres Zegarra - Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, Lic. Elia Díaz Díaz - Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias - Loreto, Dr. José Luis Villanueva Aspíllaga - Instituto Nacional Materno Perinatal, Dr. Helmitor Gómez Ricaldi - Hospital Nacional Dos de Mayo, Dr. Jaime Valcárcel Carranza - DISA I Callao, Dr. Víctor Salazar Toledo - DISA III Lima Norte, Dra. Magdalena Alvarez Ortega - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Grupo Unidad de Cuidados Intensivos y Servicios de Hospitalización:

Dr. Carlos Bazán Mendoza - Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, Dra. Iris Elena Gamio Muñóz - Hospital Nacional Dos de Mayo, Dra. Nilda Osorio Mosquera - DISA V Lima Ciudad, Lic. Elia Cornelio Bustamante - Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Huancayo, Lic. Rosa Luz Loarte Vázquez - Hospital Santa Rosa, Dr. Luis Cuéllar Ponce de León - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lic. Raquel Valencia Tordoya - Instituto Nacional Materno Perinatal, Lic. Margarita Alvarado Palacios - Instituto Especializado de Salud del Niño, Dr. Wilfredo Castillo Bazán - Hospital Nacional Hipólito Unánue, Dra. Verónica Webb Linares - Hospital Nacional Cayetano Heredia, Dra. Odeli Isabel Mendoza Olivera - Clínica Stella Maris, Lic. Carolina Inés Paredes Sánchez - Clínica San Pablo.

**Validación de campo:**

Dra. Nydia Guardia Aguirre – DGSP/MINSA, Dra. Emma Suárez Castillo - Proyecto Vigía MINSA/USAID, Lic. Gladys Garro Núñez - Proyecto Vigía MINSA/USAID, Dr. Wilder Carpio Montenegro - Proyecto Vigía MINSA/USAID, Q.F. Rossana Geng Olaechea - Proyecto Vigía MINSA/USAID, Lic. Rosa Sacsquispe Contreras - INS/MINSA, Tec. Méd. Johnny David Lucho Amado - INS/MINSA, Dr. Rafael Ramírez Ponce - Red Almenara EsSALUD, Blga. Celia Molina Castro - Red Almenara EsSALUD, Dr. Raúl Navarro Figueroa - DGE/MINSA, Dr. José Bolarte Espinoza - DGE/MINSA, Dr. Félix García Ahumada - DGE/MINSA, Q.F. Susana Vásquez Lezcano - DIGEMID/MINSA, Dr. Jan Karlo Zavalaga Minaya - DIGEMID/MINSA, Dra. María Lázaro Bedía - DIGEMID/MINSA, Dra. Gina Huaraj García - DIGEMID/MINSA, Dra. Rocío Rojas Tovar - DIGEMID/MINSA, Dra. María Oyola Zegarra - DIGEMID/MINSA, Q.F. Susana Vásquez Lezcano - DIGEMID/MINSA, Ing. Vilma Morales Quillama - DIGESA/MINSA, Blgo. Elmer Quichiz Romero - DIGESA/MINSA, Ing. Vicente Juy Aguilar - DIGESA/MINSA, Ing. Francisco Guevara Robles - DIGESA/MINSA, Dr. Carlos Bazán Mendoza - Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lic. Miriam Ortiz Espinoza - Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lic. Lucy Aliaga Ordoñez - Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lic. Nilda Pérez Velásquez - Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lic. Yrma Broncano Vargas - Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Dra. Victoria Bao Castro - Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lic. Betty Pareja Hostia - Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Dra. Iris Elena Gamio Muñóz - Hospital Nacional Dos de Mayo,

Lic. Liliana Medrano Musayón - Hospital Nacional Dos de Mayo, Lic. Arminda Gil Castañeda - Red Rebagliati EsSALUD, Lic. Consuelo Sánchez Sánchez - Red Rebagliati EsSALUD, Lic. María Elena Yeckle Chuquipiondo - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lic. Patricia Burga Coronado - Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lic. Diana Cáceres Flores - Instituto Materno Perinatal, Lic. Concepción Meléndez Meléndez - Hospital Nacional Dos de Mayo.

Direcciones y establecimientos que participaron activamente de la validación de campo:

DISA Lima Ciudad:

Instituto Especializado Materno Perinatal, Instituto Especializado de Salud del Niño, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Sergio Bernales, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital Santa Rosa.

DISA Lima Callao:

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

DISA Lima Este:

Hospital Nacional Hipólito Unánue.

DISA Lima Sur:

Hospital María Auxiliadora.

DIRESA La Libertad:

Hospital Regional Docente de Trujillo.

DIRESA Lambayeque:

Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo.

DIRESA Junín:

Hospital Regional Daniel Alcides Carrión - Huancayo.

DIRESA Loreto:

Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias - Loreto.

DIRESA Cusco:

Hospital Regional del Cusco.

DIRESA Arequipa:

Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa.

## PRESENTACIÓN

La Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias (VPC IIH), es realizada en el hospital por el personal de salud, considerándose una tarea de todos.

La evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, ocupa la atención en la presente Guía Técnica, que se aplica al nivel local, en los establecimientos hospitalarios del MINSA.

En este nivel local están involucrados todos los establecimientos hospitalarios según categorías y en especial, aquellos que tienen cifras promedio de  $\geq 1\ 500$  egresos anuales y por la complejidad de la atención, en su mayoría perteneciente a las categorías II - 2, III -1 y III -2.

La evaluación de las áreas, unidades y servicios de los hospitales con las características antes mencionadas se justifica por si misma, ya que se considera por los expertos en organizaciones, que se debe llevar a cabo la evaluación de los recursos, de la organización, de los procesos y de los efectos e impactos a mediano y largo plazo.

La evaluación brindará información válida a todas las instancias, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de la atención de los servicios hospitalarios reduciendo el impacto negativo de las IIH, con el objetivo de tomar decisiones oportunas para fortalecer el liderazgo y el ejercicio institucional con calidad.

Además, favorecerá la articulación entre los niveles nacionales, regionales y locales, en el manejo oportuno, pertinente, eficaz y eficiente de la incidencia de IIH y exposiciones laborales de alto riesgo biológico, conduciendo a la erradicación del verticalismo y el centralismo y favoreciendo la referencia y contrarreferencia de la información para mejorar las actividades que permitan alcanzar los logros con mayor eficiencia.

La Guía contiene los criterios para indicadores de monitoreo y supervisión, diseñados acorde a los documentos técnicos vigentes.

La evaluación es un proceso de análisis sistemático que se apoya en la normativa actual vigente y que juzga la pertinencia, la eficiencia, el progreso, los resultados y el impacto del sistema.

La presente Guía Técnica no está exenta de reestructuraciones, esperamos que así sea, cuando la dinámica de los cambios así lo exija.

## ÍNDICE

### PRESENTACIÓN

I.	FINALIDAD .....	13
II.	OBJETIVO .....	13
III.	AMBITO DE APLICACIÓN .....	13
IV.	EVALUACION INTERNA DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS .....	13
V.	CONSIDERACIONES GENERALES .....	13
	5.1. Definiciones Operativas .....	14
	5.2. Conceptos Básicos de la Evaluación Interna de las IIH .....	14
	5.3. Requerimientos Básicos .....	15
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS .....	15
	Etapas de la Evaluación .....	15
	Etapa I: Preparación de la Evaluación .....	15
	1.1 Conformación del equipo evaluador .....	16
	1.2 Elaboración del plan de autoevaluación .....	16
	1.3 Instrumentos / documentos para la evaluación .....	17
	1.4 Técnicas para la evaluación .....	18
	1.5 Servicios / unidades /áreas a evaluar .....	18
	1.6 Información previa .....	18
	1.7 Calificación .....	19
	Etapa II: Levantamiento de la Información (Visita) .....	20
	Etapa III: Análisis de la información .....	20
VII.	FICHAS DE AUTOEVALUACIÓN .....	21
VIII.	ANEXOS. ....	51
	Anexo N° 1: Relación de normas básicas sobre Infecciones Intrahospitalarias por servicios / unidades / áreas. ....	53
	Anexo N° 2: Manejo post - exposición a los virus de inmunodeficiencia humana Hepatitis B y C en los trabajadores de la salud .....	56
	Anexo N° 3: Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios .....	57
	Anexo N° 4: Laboratorio de Microbiología .....	59
	Anexo N° 5: Central de Esterilización .....	62
	Anexo N° 6 Centro Quirúrgico (Infraestructura).....	65
	Anexo N° 7: Lavado de Manos .....	67
	Anexo N° 8: Normas de Aislamiento .....	71
	Anexo N° 9: Centro Obstétrico (Infraestructura).....	72
	Anexo N° 10: Unidad e Cuidados Intensivos (Infraestructura) .....	74
	Anexo N° 11: Hospitalización (Infraestructura) .....	75
IX.	SIGLAS Y ACRÓNIMOS .....	76
X.	BIBLIOGRAFÍA .....	78



# **GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

## **I. FINALIDAD**

Contribuir en el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) y en la reducción del impacto de estas, en los usuarios y en los establecimientos hospitalarios del país.

## **II. OBJETIVO**

Establecer los criterios, la metodología, el procedimiento y los instrumentos necesarios para la autoevaluación o evaluación interna de las infecciones intrahospitalarias.

## **III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Guía Técnica es de aplicación en los establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud y de referencia para los de otros subsectores, donde se desarrollan actividades de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.

## **IV. EVALUACIÓN INTERNA DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

El proceso de evaluación interna de las infecciones intrahospitalarias que tiene por finalidad contribuir en el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) así como en la reducción del impacto de éstas en los usuarios de los establecimientos de salud, se implementará en los establecimientos hospitalarios del país, a través del uso de metodologías e instrumentos estandarizados. Su aplicación periódica en los diferentes servicios e instancias de la institución así como el análisis de los resultados, permitirá la aplicación oportuna de medidas correctivas, contribuyendo de esta manera en la mejora de la calidad de atención.

## **V. CONSIDERACIONES GENERALES**

- En todo establecimiento de salud donde se realicen actividades de vigilancia, prevención y control de IIH, se debe conformar el Equipo Técnico responsable de la implementación de la presente Guía Técnica.

- La periodicidad en la aplicación de la Guía de Evaluación Interna será trimestral, pudiendo variar de ser necesario.
- La Dirección del establecimiento debe brindar las facilidades en lo relacionado a los recursos humanos y materiales necesarios para el proceso de evaluación.
- La Dirección del establecimiento debe garantizar el cumplimiento de las recomendaciones emanadas del proceso de autoevaluación.

## **5.1 Definiciones Operativas**

### **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 IIH, a la luz de un conjunto de estándares o criterios previamente definidos y aceptados.

### **Evaluación**

Es la emisión de un juicio de valor 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.

### **Infección Intrahospitalaria**

Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o sus toxinas en un paciente hospitalizado, y se considera intrahospitalaria si existe evidencia de que no estaba presente o en incubación al momento del ingreso del paciente al hospital. Para muchas infecciones intrahospitalarias bacterianas eso significa que la infección usualmente se hace evidente 48 horas o más, luego de la admisión al hospital.

En caso de neonatos se considera como IIH a la infección que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

## **5.2 Conceptos Básicos de la Evaluación Interna de las IIH**

La autoevaluación como proceso de evaluación interna, es fuente de conocimiento y objeto de transformación a partir del reconocimiento, caracterización y enfrentamiento de los problemas que originan las infecciones intrahospitalarias por quienes los confrontan cotidianamente, es decir, los usuarios del establecimiento, los trabajadores de salud y el Equipo de Gestión.

En el proceso de autoevaluación de las infecciones intrahospitalarias se han considerado determinadas áreas y servicios asistenciales con mayor riesgo para las infecciones intrahospitalarias.

Con la aplicación de la Guía, se evalúa el cumplimiento de las acciones de vigilancia, prevención y control de las IIH, así como la disponibilidad de documentos técnicos, equipos, insumos y material.

El proceso de evaluación interna debe:

- Contribuir a desarrollar las competencias y habilidades del personal de salud en el campo de la vigilancia, prevención y control de las IIH.
- Asegurar el cumplimiento de las funciones del personal de salud en lo relacionado a la vigilancia, prevención y control de IIH.
- Promover el análisis de la información de la autoevaluación para la toma de decisiones.
- Estar orientado a la solución de los problemas identificados.
- Ser periódico, de acuerdo a la situación encontrada en el diagnóstico situacional y prioridades establecidas.
- Permitir mejorar los procesos de planificación, programación y ejecución de actividades, de vigilancia, prevención y control de las IIH.

### **5.3 Requerimientos Básicos**

Para la implementación de la presente Guía Técnica en los establecimientos hospitalarios, se requiere de:

- La decisión política y apoyo de la Dirección del Hospital.
- Profesionales de salud calificados en el tema y con conocimiento en el uso de los instrumentos para la evaluación.
- Insumos (material de escritorio), equipos de cómputo y otros, necesarios para tal fin.

## **VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

### **ETAPAS DE LA EVALUACIÓN**

#### **ETAPA I: PREPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

Una vez que la institución ha decidido implementar el proceso de evaluación interna o autoevaluación, la Dirección del establecimiento debe realizar una reunión con el personal de salud, principalmente con los directamente relacionados con el tema, para informar acerca del proceso, metodología de trabajo e instrumentos a utilizar, así como la conformación del Equipo Técnico a cargo del mismo.

Es de importancia que las autoridades institucionales y las de las áreas, unidades y servicios en evaluación, le otorguen alta prioridad para asegurar que ésta no se vea postergada o afectada por otros procesos propios de la institución.



### **1.1. Conformación del Equipo Evaluador**

El Director del establecimiento, conjuntamente con el Comité de IIH y la Unidad de Epidemiología, designarán a través de una Resolución Directoral, a los miembros del Equipo Evaluador, quienes a su vez, eligen al Presidente.

Se sugiere que el Equipo esté conformado por:

- Un representante de la Dirección del Hospital.
- El Presidente del Comité de IIH del establecimiento.
- La enfermera a cargo de la vigilancia de IIH.
- Un representante de la Unidad de Epidemiología.
- Un representante del servicio/unidad/área a evaluar.
- Otros, de considerarlo necesario.

El número de miembros del Equipo es variable y responde a las características de la Institución. Usualmente se recomienda que el Equipo esté integrado por no menos de 3 personas y no más de 10.

Para la definición del Equipo y su Presidente, se consideran los siguientes criterios:

- El Presidente debe ser un profesional con las competencias técnicas que éste proceso requiere, ampliamente reconocido al interior de la institución, que cuente con el liderazgo necesario para conducir el proceso y la disponibilidad de tiempo necesario.
- Los miembros que conformen el Equipo, deben contar con las competencias en relación al tema, con el respaldo de los profesionales y autoridades de la institución. El éxito de la evaluación radica en las competencias, cualidades y liderazgo del equipo.
- Cuanto más claramente el servicio/unidad/área se vea representada en el Equipo Evaluador, más dispuesta estará a participar y asumir la responsabilidad de los resultados de la evaluación.
- De ser necesario, el Equipo podrá convocar para determinados temas, el apoyo de profesionales expertos de otras instituciones, que en ningún caso podrán sustituir la acción de los actores institucionales.

### **1.2. Elaboración del Plan de Autoevaluación**

El Plan debe considerar:

- Diagnóstico Situacional
- Objetivos
- Cronograma de Actividades
- Recursos necesarios

El Plan debe ser aprobado por la Dirección del establecimiento y darse a conocer a los servicios a ser evaluados.

### 1.3. Instrumentos/documentos para la evaluación

**1.3.1. Fichas de Evaluación:** Son formatos pre impresos, elaborados para la evaluación de los servicios/unidades/áreas, previamente establecidas.

El formato consta de cinco columnas que contienen en cada una de ellas las siguientes variables:

- **Criterios:**

Para cada uno de los servicios/unidades/áreas a evaluar, se han considerado criterios de **Estructura** (recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, normación), **Proceso** (cumplimiento de la normatividad de vigilancia prevención, control y otros afines) y **Resultados** (conjunto de indicadores trazadores de las intervenciones en el campo de la vigilancia Prevención y Control de las IH).

Asímismo se han considerado **Criterios Obligatorios** en su cumplimiento, para la mejor identificación de estos criterios, están impresos en "negrita". Su incumplimiento, descalifica el servicio/unidad/área.

- **Especificaciones:**

Columna para consignar ampliación de información referida a los criterios u otra de interés.

- **Calificación:**

En ella se anotará la calificación del criterio, la columna esta dividida en dos: **C** cuando se cumple con el criterio, teniendo como puntaje uno (1) y **NC** cuando no cumple con el criterio, con un puntaje de cero (0).

- **Fuente de Verificación:**

Columna donde se señala el documento, servicio u otro, donde se puede encontrar la información respectiva.

- **Observaciones:**

Columna donde se señala la información complementaria u otra que considere de importancia.

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

**1.3.3. Documentos de Gestión:** Plan de Actividades, Planes Generales/Específicos, Informes, etc.

#### 1.4. Técnicas para la evaluación

En la aplicación de la presente Guía se tendrán en cuenta las siguientes técnicas:

- **Observación directa:** Método que permite recoger la información relacionada con el manejo estandarizado de los procedimientos, disponibilidad de recursos y otras, para las cuales la observación directa es apropiada.
- **Revisión documentaria:** Permite recabar información de registros existentes en los servicios y otras instancias, tales como: Informes, reportes estadísticos, Libro de actas, historias clínicas, registros de atención, registros de seguimiento, etc.
- **Entrevistas:** Es la comunicación establecida entre el personal de los servicios/ unidades/áreas, objeto de la evaluación u otros que se consideren de importancia, con los miembros del equipo a cargo de la evaluación. Tiene por finalidad obtener información directa, con relación a necesidades, prioridades, nudos críticos y posibles soluciones.
- **Reuniones de problematización:** A las que acuden un conjunto de personas directa o indirectamente relacionadas con el tema, con la finalidad de intercambiar opiniones, analizar problemas así como plantear posibles soluciones. Es importante que a estas reuniones se convoque a la autoridad con capacidad de decisión.

#### 1.5. Servicios /Unidades/Áreas a Evaluar

La Guía Técnica considera servicios/unidades/áreas, específicas como objeto de evaluación, por ser éstas las de mayor riesgo para la aparición de las IIH. Esta priorización en el objeto de la evaluación, está basada no sólo en la literatura internacional, sino en los diagnósticos / línea de base que se tienen de las IIH a nivel nacional.

De acuerdo a lo anteriormente señalado se han considerado en la evaluación interna a: El Servicio o la Unidad de Cuidados Intensivos (adultos, pediátrica y neonatal), Servicios de Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Farmacia, Laboratorio de Microbiología, Central de Esterilización y Desinfección de Alto Nivel. Además, se ha considerado evaluar al Comité de IIH y la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.

#### 1.6. Información Previa

Se debe contar con información de importancia para el proceso como:

- Información general del servicio/área/unidad a evaluar: organización, recursos humanos, indicadores de producción y calidad.
- Informes de evaluaciones anteriores.
- Informes o documentos sobre problemas identificados en lo relacionado a las IIH.
- Otras

La información antes mencionada debe ser analizada por el Equipo, permitiendo con anticipación, la identificación de los problemas relacionados a las IIH de los servicios a evaluar.

### 1.7. Calificación

Para la calificación de los criterios señalados en las Fichas, se procederá de la siguiente manera:

- Al aplicar la Ficha de evaluación y de acuerdo a la constatación en 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/unidad/área, se sumará el puntaje obtenido y se registrará al final de la columna correspondiente.
- Una vez terminada la evaluación de todos los servicios/unidades/áreas, 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 alguno de los servicios/unidades/áreas no se cumplió con los **criterios obligatorios** (aunque sea sólo uno) el servicio no calificará.
- Los porcentajes obtenidos se llevan a la siguiente tabla:

Nº	SERVICIO/ UNIDAD/ AREA	SATISFACTORIO	REGULAR	DEFICIENTE
		> 80 %	60- 80 %	< 60 %

## **ETAPA II: LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN (VISITA)**

Una vez realizadas las coordinaciones necesarias con el jefe o responsable del servicio/ unidad/área, se considerarán las siguientes actividades:


- El Presidente del equipo evaluador, informará al personal del servicio el objetivo de la visita.
- La visita se realizará con el jefe del servicio y el personal que se considere necesario, iniciándose la aplicación de la Ficha de Evaluación.
- Durante la visita se pueden emplear diversas técnicas (observación, entrevista, etc.) y otras que considere el equipo con la finalidad de ampliar la información de determinados aspectos técnicos, administrativos u otros que se relacionan con los procesos que se están evaluando.
- Reunión con todo el personal del servicio para retroalimentación e identificación de posibles soluciones.
- Una vez finalizada la visita, se consignará en la Ficha respectiva, las firmas de las personas que participaron en la evaluación.

## **ETAPA III: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

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

Posteriormente se elaborará el Informe Final de la Autoevaluación el cual debe sistematizar los aspectos más relevantes del proceso, así como las conclusiones y recomendaciones por servicios/unidades/áreas evaluadas. Se anexará la información de respaldo sobre la cual se sustentan los juicios emitidos.

El informe será remitido a la Dirección del establecimiento, para difusión del mismo y supervisión del cumplimiento de las recomendaciones.



**VII. FICHAS DE AUTOEVALUACIÓN  
(CRITERIOS SEGÚN SERVICIOS,  
UNIDADES O ÁREAS)**



## 1. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC			
<b>ESTRUCTURA</b>							
1	El Comité tiene Resolución Directoral (RD) actualizada.	RD o su equivalente.				RD o equivalente.	
2	Cuenta con un Plan Anual, aprobado por Resolución Directoral.	Elaborado según NT 020, 1er mes del año.				Plan.	
3	Los objetivos del Plan están incorporados en el PO Institucional.	Objetivos del Plan en POI.				POI.	
4	Dispone de la normatividad referida a Vigilancia, Prevención y Control de IIH (VPC de IIH). (Anexo N° 1 )	Ejemplar accesible de cada documento.				Normas IIH.	
5	El CIIH está presidido por el Director del Hospital o su representante.	RD.				RD, Actas.	
6	El CIIH está compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas.	Médico, enfermera de VPC, representantes de: Microbiología, Epidemiología, Calidad.				Reglamento del CIIH. Libro de Actas.	
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo.	Operativas, disponibles y suficientes.				Informes . Actas.	
8	Miembros del CIIH reciben capacitación en IIH.	Por lo menos 3 miembros del Comité, anualmente.				Registro y/o informes de la capacitación.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>		



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>PROCESO</b>						
9	El CIH determina los daños y servicios que serán vigilados.	Plan Local. Libro de actas.			Plan Local. Libro de actas.	
10	<b>Registra reuniones en libro de actas, con control de acuerdos.</b>	100% de reuniones registradas.			Libro de actas.	
11	<b>Analiza resultados de la VPC IIH y ABL y propone acciones correctivas.</b>	Evaluación al menos trimestralmente.			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.	Implementa por lo menos un PMCC al año.			PMCC. Informe de implementación.	
14	Analiza informes de manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios y propone intervenciones.	Trimestral.			Libro de actas. Informe a la Dirección del Hospital.	
15	Analiza informes sobre calidad del agua y propone intervenciones.	Trimestral.			Libro de actas. Informe a la Dirección del Hospital.	
16	<b>Evalúa y propone actividades oportunas de PC en caso de brotes e hiperendemias.</b>	En el 100% de casos.			Informe a la Dirección del Hospital.	
17	<b>Evalúa resultados de acciones de VPC IIH y los avances del Plan.</b>	Trimestral.			Libro de actas. Informes.	
18	Con el Comité Farmacológico implementa estrategias para Uso Racional de ATM.	CIH, participa en su implementación.			Libro de actas. Informes.	
19	Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional.	Según el caso.			Libro de actas. Informes.	
20	Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros insumos para la VPC de las IIH y ABL.	Especificaciones de los productos y políticas de uso de antimicrobianos.			Informe. Propuesta técnica de licitaciones.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
21	Informa trimestralmente a la Dirección de los resultados, logros y dificultades.	De acuerdo al Plan Anual.			Informe a la Dirección del Hospital.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b> CUMPLIMIENTO: N° =      =      %						
<b>RESULTADOS</b>						
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 la incidencia por tipo de IIH de acuerdo a la línea basal y estándares.	Según lo programado en el Plan para las IIH .			Informe anual.	
24	El 90% del personal por lo menos 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 (tacos vaginales, rasurado pre quirúrgico, uso de catéteres y antibiótico prof taxís )	Según Procedimientos establecidos.			Informe anual. Lista de cotejo.	
<b>SUBTOTAL RESULTADO</b> CUMPLIMIENTO: N° =      =      %						
<b>TOTAL COMITÉ DE IIH</b> CUMPLIMIENTO      %						

## 2. UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA (UEH)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE BROTES</b>						
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cuenta con la Oficina/Unidad de Epidemiología.	ROF.			ROF.	
2	Cuenta con equipo de cómputo, correo electrónico e impresora.	Operativos y disponibles.			Lista verificación.	
3	Cuenta con documentos técnicos de VPC IIH. (Anexo N° 1)	Ejemplar de cada documento.			Normas disponibles.	
4	Cuenta con profesionales necesarios y con funciones del nidas.	Epidemiólogo, enfermera, estadístico, otros.			MOF. CAP.	
5	Cuenta con enfermera para la 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 servicio.			Informes.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>PROCESO</b>						
7	Investiga brotes e hiperendemias, comunica resultados a la Dirección, 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 microbiológicos positivos, de servicios seleccionados.	Diariamente en el Laboratorio de Microbiología.			Plan actividades Informes.	
10	Vigila y reporta los ABL.	Vigilancia Pasiva.			Reportes.	
11	Conduce los estudios de prevalencia de IIH y otros relacionados.	De acuerdo a Plan.			Informes.	
12	Participa en la Vigilancia del URATM.	De acuerdo a Plan.			Informes.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
13	El epidemiólogo supervisa la Vigilancia activa de la enfermera.	Semanalmente.			Plan actividades.	
14	Capacita en VPC IIH y ABL en los servicios.	Durante la supervisión.			Plan actividades. Informes.	
15	Informa a nivel intermedio resultados de la vigilancia y otros afines.	Mensual y oportunamente.			Informes.	
16	Informa al CIH y a la Dirección las incidencias 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 línea basal y estándares.			Informes.	
19	laborales y propicia control de los mismos. (Anexo N° 2)	Especial atención a exposición a corpotuzantes y TBC.			Reportes. Informes.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>= %</b>		
<b>RESULTADO</b>						
20	Cumple las metas señaladas para la Vigilancia de las IIH y ABL en el Plan en no menos del 80%.	De lo programado en el Plan.			Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>= %</b>		
<b>SALUD AMBIENTAL</b>						
<b>ESTRUCTURA</b>						
21	Cuenta con Plan de Manejo de RSH. (Anexo N° 3)	Plan anual.			Plan.	
22	Cuenta con los insumos necesarios para cumplir sus funciones.	Según especificaciones.			Informes.	
23	Cuenta con los equipos para el acopio y transporte intermedio de los RSH.	De acuerdo a requerimientos solicitados			Lista chequeo. Informes.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
24	Dispone del personal capacitado de acuerdo a funciones.	Ing. Ambiental o Sanitario o Técnico Sanitario.			MOF. CAP. Informes de capacitación.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>PROCESO</b>						
25	Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en RSH.	De acuerdo a la norma vigente.			Reportes. Informes.	
26	Controla puntos críticos de agua en: C. Quirúrgico, C. Obstétrico, Central de Esterilización, UCI, Hemodíalisis, Otros.	Cumple cronograma.			Informes.	
27	Realiza limpieza y desinfección de reservorios de agua.	De acuerdo al plan de limpieza y a la Norma.			Informes.	
28	Vigila y controla el manejo sanitario de los alimentos según normatividad vigente.	Inspecciones periódicas al servicio de Nutrición.			Informes.	
29	Realiza el control de vectores de acuerdo a la Norma.	Programa fumigación, desratización.			Informes.	
30	Con Farmacia, supervisa manejo adecuado de productos limpiadores y desinfectantes de uso general.	Según el Plan.			Informes.	
<b>SUBTOTAL PROCESO CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>RESULTADOS</b>						
31	Cumple por lo menos el 80% de las metas señaladas en el Plan de Actividades.	Actividades programadas.			Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>SUBTOTAL SALUD AMBIENTAL CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>TOTAL UEH CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						

**LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA (LM) ( Anexo N° 4 )**

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cumple con los criterios de infraestructura, según norma.	De acuerdo a normatividad.			Lista chequeo Informes.	
2	<b>Cuenta con equipos necesarios para el diagnóstico y antibiograma.</b>	Equipamiento mínimo apto para el uso.			Registro de equipos y estado.	
3	<b>Dispone de insumos mínimos necesarios para diagnóstico y antibiograma.</b>	Listado de insumos mínimos.			Listados.	
4	<b>Cuenta con insumos de protección del personal en cantidad suficiente.</b>	Guantes, respiradores, mandiles, lentes.			Informes	
5	Cuenta con instrumentos para controlar temperaturas.	Termómetro máximo y mínimo. Registrador de temperatura.			Registros.	
6	<b>Cuenta con los Manuales de Procedimientos.</b>	Por tipo de procedimiento			MA PRO.	
7	Formato de solicitud de exámenes de laboratorio para hospitalización, con la información necesaria para la ayuda al diagnóstico.	En Laboratorio de Microbiología más del 80% de formatos con información necesaria.			Más del 80% cumple con esta condición en el muestreo de un día.	
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	<b>Dispone de stock temporal para cepas posibles IIH con fines de verificación.</b>	Stock temporal 15 días.			Listado. Informes.	
10	Cuenta con todas las cepas referenciales ATCC necesarias y viables.	<i>S. aureus</i> ATCC 25923; <i>E. coli</i> ATCC 25922; <i>E. coli</i> ATCC 35218; <i>E. faecalis</i> 29212; <i>P. aeruginosa</i> 27853			Listado de stock.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
11	Cuenta con recursos humanos necesarios.	Profesionales, técnicos y auxiliares de Microbiología.			Manual de Organización y Funciones. Cuadro de Asignación de Personal. Programación.	
12	El Personal está capacitado de acuerdo a sus funciones.	Cumple más del 70% del Plan Anual Capacitación.			Plan de Capacitación Informes.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>PROCESO</b>						
13	Almacena los insumos adecuadamente.	Según recomendaciones del fabricante. 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 carnero en casos necesarios.	Aislamiento primario y pruebas de identificación.			Informes.	
16	Realiza pruebas adicionales de resistencia, BLEE, MRSA, MLS y VRE.	Según criterios establecidos.			Registro. Reportes.	
17	Emite oportunamente los resultados de acuerdo al tipo de muestra y análisis.	Tiempos establecidos.			Manual de Procedimientos.	
18	Informa resultados de sensibilidad antimicrobiana al CIH, según muestras, microorganismos y servicios.	De servicios predeterminados por CIH. (Semestral)			Reportes.	
19	Utiliza software actualizado de VR ATM.	Resultados oportunos.			Reportes.	
20	Realiza control de calidad de insumos de las pruebas para diagnóstico microbiológico.	Medios de cultivo, reactivos, discos de sensibilidad ATM.			Libro de registros.	
21	Controla los medios y discos de sensibilidad antimicrobiana.	Control de calidad al menos cada 15 días.			Registros.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
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 (PEED) del Laboratorio de Referencia Regional.	Anual.			Informe.	
25	Coordina con servicios para optimizar desempeño en calidad de muestras. Llenado de órdenes e interpretación de los resultados.	Semestral .			Plan de actividades .	
26	No informa de rutina la sensibilidad a los antibióticos de uso restringido por el CIH y Comité Farmacológico.	Responsabilidad compartida.			Resultado de antibiogramas.	
27	Estudia los brotes de IIH con orientación epidemiológica y envía cepas al Laboratorio de Referencia.	Participa activamente.			Informes. Registros.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	
<b>RESULTADOS</b>						
28	Los resultados del Programa de Evaluación Externa (PEED), son satisfactorios de acuerdo al nivel de complejidad del hospital.	% de pruebas aceptables, concordancia de lectura de halos e interpretación.			Informes.	
29	La positividad de los hemocultivos convencionales debe ser ≥ 10% y en los automatizados de ≥ 20%. La contaminación debe ser ≤ 3 a 5% respectivamente.	Solo se mide en bacteriemias clínicas o septicemias.			Informes. Libro de resultados. Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	
<b>TOTAL LAB. MICROBIOLOGIA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	



## 4. FARMACIA (F)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	<b>Farmacia y los Almacenes Especializados de Medicamentos y otros productos farmacéuticos cumplen con las Buenas Prácticas de Almacenamiento. (BPA)</b>	Cumplimiento del manual de BPA (RM N° 585-99-SA/DM).			Certificado o acta de BPA emitido por Autoridad Sanitaria (DIGEMID-DEMID)	
2	<b>Cuenta con los ATM identificados como necesarios para el hospital.</b>	El 100% de ATM se encuentran en normostock.			Informes de stock y consumo de últimos 6 meses y Pareto.	
3	Los ATM no considerados en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales (PNME) vigente disponibles en Farmacia, son aprobados por Comité Farmacológico.	El 100% de ATM no incluidos en PNME aprobados por Comité Farmacológico.			Información de stock de ATM en Farmacia aprobado por Comité Farmacológico.	
4	<b>Dispone de antisépticos y sus diluciones según especificaciones del CIH y documentos técnicos farmacéuticos normativos.</b>	El 100% de antisépticos en normostock.			Registros. Normas.	
5	Dispone de hojas amarillas para notificación de Reacción adversa a medicamentos relacionadas con el uso de ATM.	Disponibles y suficientes en el 100% de los servicios.			Registro mensual.	
6	Dispone de documentos normativos actualizados.	Visibles.			Archivos	
7	<b>Cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados.</b>	G. Farmacéutico, técnico y auxiliar			Manual de Organización y Funciones. Cuadro de Asignación de Personal.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
8	Responsable del almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.	Almacén Especializado cumple Manual de BPA.			Certificado de BPA emitido por autoridad sanitaria (DIGEMID-DEMID).	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	
<b>PROCESO</b>						
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 restringido (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.			Registro de preparación de antisépticos y desinfectantes.	
13	Responsable 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 6 capacitaciones anuales.			Registros de asistencia.	
15	Desarrolla estudios de utilización de ATM, Antisépticos y Desinfectantes.	Participa como mínimo en estudio sobre ATM cada 2 años.			Informe del estudio.	
16	Responsable de elaboración de las fórmulas esteriles: Nutrición Parenteral (NPT), mezclas intravenosas y otras.	El 100% de las fórmulas elaboradas según normas.			Registros de preparación.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADOS</b>						
17	Cumple metas programadas para Farmacia en VPC IIH en no menos del 80%.	Del Plan.			Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>				=	%	
<b>TOTAL FARMACIA</b>				=	%	

## 5. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN (CE) Y DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>						
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma.	Área roja, verde y azul.			Lista 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, secadores.			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.	Autoclaves, hornos con ventilador y cámara de baja temperatura con registros de verificación de procesos.			Documento de auditoría 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.			Registro de mantenimiento.	
8	Cuenta con personal capacitado para realizar las funciones.	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril.			Manual de Organización y Funciones. Constancia de capacitación.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>PROCESO</b>						
9	La jefatura de CE conduce, 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 el proceso de esterilización.	En el hospital.			Registros.	
16	El material esterilizado se almacena según norma.	CE y en los servicios.			Registros	
17	Mantiene un stock mínimo de insumos estériles.	Almacén.			Lista de stock.	
18	Previene y controla el riesgo ocupacional.	Barreras, inmunización.			Manual de Procedimientos. Informes	
19	Reporta incidencias, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente.	Inmediatamente.			Reportes. Registros de incidencias y notificaciones.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>=</b>	<b>%</b>

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADO</b>						
20	El 100% de lotes entregados con garantía de esterilidad.	En maniobras de riesgo.			Registros de salida. Informe Anual	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>		<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>		
<b>SUBTOTAL C. ESTERILIZACIÓN</b>		<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>		
<b>DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)</b>						
<b>ESTRUCTURA</b>						
21	Cuenta con ambiente apropiado y materiales de protección personal.	Ambiente ventilado o cabinas y barreras.			Listado.	
22	Cuenta con desinfectantes de alto nivel normados.	Según CIIH			Manual de Procedimientos.	
23	Cuenta con los insumos de limpieza normados.	Detergentes enzimáticos, agua destilada, pistolas, recipientes y otros.			Informes.	
24	Cuenta con agua destilada estéril para el enjuague final.	Agua destilada estéril de fábrica.			Listado material.	
25	Cuenta con los insumos de secado normados.	Campos y compresas estériles para el secado, Equipos de secado estéril.			Listado stock.	
26	Cuenta con un módulo de almacenamiento y conservación.	Cabinas, contenedores, envoltorios.			Informes.	
27	Cuenta con personal profesional y técnico capacitado en Desinfección de Alto Nivel (DAN).	CE supervisa y controla los procesos DAN.			Manual de Procedimientos. Registros de procesos.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>		<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>		

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>PROCESO</b>						
28	Controla y registra el proceso DAN	El 100% del proceso.			Informes.	
29	Reporta incidentes a la autoridad correspondiente.	Inmediatamente.			Informes.	
30	En servicios de endoscopia y hemodiálisis se controla el proceso.	De rutina.			Registros.	
31	Los procesos cuentan con registros de calidad.	En el 100%.			Informes.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>RESULTADOS</b>						
32	Mejora Continua en el DAN al menos en el 80% del Plan.	En los servicios donde se realiza.			Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL DAN</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL CE y DAN</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	

## 6. CENTRO QUIRÚRGICO (CQ)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	<b>Cumple con criterios de infraestructura, según norma</b> ( Anexo N° 6 )	Zonificación de ambientes y zonas de riesgo.			Norma.	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.	Asegurar la disponibilidad de agua.			Informe.	
3	<b>Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.</b>	Insumos para el 100% Lavado Social, Lavado Clínico, Lavado Quirúrgico.			Informe.	
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
5	Cuenta con área de limpieza de 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	<b>Se controla proflaxis quirúrgica de acuerdo a Norma.</b>	De manera sistemática y continua.			Reporte Protocolos .	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>PROCESO</b>						
8	Se cumple con medidas de prevención y control de IH (especialmente lavado de manos, antisepsia de piel) y Accidentes Biológico Laborales (ABL). (Anexo N° 7)	Cumple de manera sistemática y continua			Informe.	
9	Cirujanos, residentes, internos, enfermeros y otros, cumplen medidas de prevención, control y ABL.	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
10	Manejo de los RSH según norma. (Anexo N° 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., otros.			Informe.	
12	Cumple con el Programa de Mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, de gases y vacío.	Tarjetas de último chequeo.			Tarjetas. Reporte.	
13	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma. (Anexo N° 8)	TBC, 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 razerado. Si es pertinente se recorta vello o razerado con técnica aseptica < 30 minutos antes de la intervención	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
16	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas o pinchazos, se reporta a UEH para el seguimiento. (Anexo N° 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.			Reportes. Entrevista.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADOS</b>						
18	El 100 % de cirujanos cumple con las normas del lavado quirúrgico.	Según Línea de base			Norma.	
19	Incremento porcentual del cumplimiento en el procedimiento de tazarado o recorte de vello.	Según Línea de base.			Plan.	
20	Reducción porcentual de la incidencia de las infecciones más frecuentes.	Según Línea de base o metas establecidas en el Plan.			Informe.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL C. QUIRÚRGICO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	

## 7. CENTRO OBSTÉTRICO (CO)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	<b>Cumple con criterios de infraestructura, según norma</b> (Anexo N° 9)	Zonificación de ambiente y zonas de riesgo.			Informe.	
2	<b>Dispone de agua potable corriente las 24 horas.</b>	De manera sistemática y continua.			Informe.	
3	<b>Cuenta con lavamanos e insumos normado en las diferentes áreas</b>	Insumos para el 100% del Lavado Social, Clínico y Quirúrgico .			Informe.	
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
5	Cuenta con área de limpieza y utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	De manera sistemática y continua.			Informe.	
6	Cuenta con material e insumos para manejo de RSH. (Anexo N°3)	De manera sistemática y continua.			Informe.	
7	<b>Los equipos e insumos de reanimación del neonato se manejan de acuerdo a normas de prevención y control de IIH.</b>	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>PROCESO</b>						
8	<b>El personal cumple con medidas de prevención y control IH y ABL. Especialmente lavado de manos, antisepsia de la piel y mucosas.</b>	Cumple de manera sistemática y continua con normas.			Procedimientos.	
9	Manejo de los Residuos Sólidos, según norma. (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua.			Manual de Procedimientos.	
10	<b>Durante el trabajo de parto no se realizan más de 4 tactos vaginales.</b>	Cumple de manera sistemática y continua.			Historia Clínica Partograma.	
11	Cuenta con un programa de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos.	Según especificaciones de equipos.			Informe. Kárdex de equipo.	
12	<b>En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma.</b> (Anexo N°8)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
13	<b>Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas punzocortantes y reporte a UEH para el seguimiento.</b> (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
14	Conocimiento de la incidencia de IHO, Endometritis y de acciones de prevención y control.	Estadísticas del servicio.			Reporte.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADOS</b>						
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 de CO cumple con las normas del lavado de manos. (Anexo N° 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.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL CENTRO OBSTETRICO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	

## 8. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma.			Norma.	
2	<b>Cuenta con recursos humanos en número suficiente para la atención.</b>	Según Norma.			Manual de Organización y Funciones. Informes.	
3	<b>Dispone de agua potable corriente las 24 horas.</b>	De manera continua.			Informe.	
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas (Anexo N° 8)	Insumos para 100% Lavado Social, Clínico y Quirúrgico.			Informe.	
5	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
6	Cuenta con área de limpieza y utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Manuales. Guías.	
8	<b>Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente.</b>	Cuenta de manera sistemática y continua.			Stock.	
9	<b>Cuenta con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con esquemas globales por pacientes.</b>	Los trámites burocráticos y otros no impedirán la atención de calidad.			Listado.	
10	<b>Los frascos de aspiración, nebulización y otros no están con líquido, si no se utilizan de inmediato.</b>	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe. Manual de Procedimientos.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío.	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>		<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>= %</b>			
<b>PROCESO</b>						
12	Utiliza fórmulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso.	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe. Manual de Procedimientos.	
13	Se maneja Uso Racional de ATM.	Según Manual de Procedimientos.			Informe, Manuales .	
14	Se maneja Residuos sólidos según norma. (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte,	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad.	Circuitos, ambú, frascos de ventilación y humidificación.			Informe.	
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma. (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
17	Manejo de profilaxis inmediata en caso de accidentes punzo cortantes, se reporta a UEH. (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
18	Conocimiento de incidencia de IIH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados.			Informe.	
19	En caso de brotes o hiperendemia se toman medidas oportunas.	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>		<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>= %</b>			

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADOS</b>						
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo.	Según línea de base o metas del Plan Local.			Informe.	
21	Reducción del número de brotes de IIH.	Según línea de base o metas del Plan Local.			Informe.	
22	Más del 90% del personal cumple con las norma de lavado de manos.	Según línea de base.			Informe.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL UCI</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	



## 9. HOSPITALIZACIÓN (H)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas.	Insumos para 100% Lavado Social, Clínico.			Informe.	
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados	Según norma.			Informe.	
4	Fascos de antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones.	De manera sistemática.			Directiva.	
5	Cuenta con material e insumos para manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	De manera sistemática y continua.			Informe.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA      CUMPLIMIENTO: N° =      =      %</b>						
<b>PROCESO</b>						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros.	Según Manual de Procedimientos.			Informe.	
7	Se maneja Uso Racional de ATM.	Según Manual de Procedimientos.			Historia Clínica. Protocolos.	
8	Se manejan los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma. (Anexo N° 3)	De manera sistemática y continua.			Informe.	
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma. (Anexo N° 8)	TBC, Varicela.			Informe. Manual de Procedimientos.	
10	Se cumplen medidas de aislamiento según norma. (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones.			Norma.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad. (Anexo N° 2)	Hepatitis virales, VIH.			Informe. Cartillas.	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.	Médicos y enfermeras conocen.			Informe.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>=</b>	<b>%</b>
<b>RESULTADOS</b>						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario.	De acuerdo al Plan.			Informes, Plan.	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico.	De acuerdo al Plan.			Informes. Plan.	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de Práctica Clínica.			Informes. Historia Clínica.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>=</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL HOSPITALIZACION</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>=</b>	<b>%</b>





**VIII. ANEXOS**



## **ANEXO N° 1**

### **RELACIÓN DE NORMAS BÁSICAS SOBRE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS POR SERVICIOS/UNIDADES/ÁREAS**

En las diferentes Servicios/Unidades/Áreas, debe haber disponibles las normas que a continuación se detallan

#### **En el Comité de IIH.**

- Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, MINSA, R.M. N° 1472-2002-SA/DM.
- Manual de Aislamiento Hospitalario, MINSA, R.M. N° 452-2003 -SA/DM.
- Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, MINSA/DGSP, R.M. N° 482-96. SA/DM.
- Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, R.M. N° 753-2004.
- Norma Técnica de Procedimientos para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, NT N°008-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 217-2004.
- Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias NT N° 026-MINSA/OGE-V.01, R.M. N° 179-2005.
- Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, MINSA, RM N° 1472-2002-SA/DM.

#### **En la Unidad de Epidemiología Hospitalaria**

- Ley General de Residuos Sólidos, Ley N° 27314.
- Manual Modelo de Organización y Funciones de una Unidad de Epidemiología Hospitalaria, MINSA, 2001.
- Manual de Procedimientos para la Investigación de Brotes Epidémicos, MINSA, 2001.
- Manual de Aislamiento Hospitalario, MINSA, R.M. N° 452-2003 -SA/DM.
- Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, MINSA/DGSP, R.M. N° 482-96. SA/DM.
- Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, R.M. N° 753-2004.
- Norma Técnica de Procedimientos para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, NT N°008-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 217-2004.
- Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias NT N° 026-MINSA/OGE-V.01, R.M. N° 179-2005.
- Normas y Procedimientos Sanitarios para el abastecimiento, transporte, conservación, preparación y servido de los alimentos en hospitales y servicios de alimentación del Ministerio de Salud. R.D. N° 0047-79-SA/DS.
- Protocolo: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, MINSA, 1999.
- Protocolo para el estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Salud en el Control de Infecciones Intrahospitalarias, MINSA, 2000.

- Sistema de manejo post exposicional al virus de la Inmunodeficiencia Humana en trabajadores de la salud, MINSA/ DGSP/ DEAIS, Documento de la Estrategia Nacional Transmisión Sexual y VIH-SIDA, 2005.

#### **En Laboratorio de Microbiología**

- Manual de Procedimientos para la Investigación de Brotes Epidémicos, MINSA, 2001.
- Manual de Procedimientos Bacteriológicos de las Infecciones Intrahospitalarias, MINSA, Serie de Normas Técnicas N° 28, 2001.
- Manual de Procedimientos para la prueba de Susceptibilidad Antimicrobiana por el método disco - difusión. Serie de Normas técnicas N° 30, 2002
- Manual de Procedimientos para la Investigación de Brotes de las Infecciones Intrahospitalarias producidos por Bacterias mediante Métodos de Biología Molecular, MINSA, Serie de Normas Técnicas N° 35, 2002.
- Manual de Procedimientos de obtención de muestras para el Diagnóstico Bacteriológico en Infecciones Intrahospitalarias, MINSA, 2002.

#### **En Central de Esterilización y Desinfección de Alto Nivel**

- Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, MINSA, R.M. N° 1472-2002-SA/DM.

#### **En la Farmacia**

- Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento en Farmacia, MINSA – R.M. N° 585-99- SA-DM.
- Protocolo: Estudio sobre la Prescripción, el Uso y las Reacciones Adversas a los Antimicrobianos en pacientes hospitalizados, MINSA, 2001.
- Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y afines, MINSA, DS N° 010-97-SA-DM, DS 020-2001- SA-DM.
- Reglamento de establecimientos farmacéuticos – DS N° 021-2001- SA-DM.

#### **En el Servicio de Cuidados Intensivos**

- Guía Técnica de Procedimiento para Punción Venosa Periférica
- Guía Técnica de Procedimiento para Cateterización Venosa Central
- Guía Técnica de Procedimiento para Punción Arterial
- Guía Técnica de Procedimiento para Limpieza y Desinfección de Incubadoras
- Guía Técnica de Procedimiento para Limpieza y Mantenimiento de Equipos
- Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, MINSA, R.M. N° 1472-2002-SA/DM.
- Guía Técnica de Procedimiento para el Manejo de vía aérea artificial.
- Guía Técnica de Procedimiento para Lavado de manos.
- Manual de Aislamiento Hospitalario, MINSA, RM N° 452-2003 – SA/DM.
- Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, R.M. N° 753-2004.

### **En el Centro Obstétrico**

- Guía Técnica de Procedimiento para Antibiótico profilaxis en cesárea.
- Guía Técnica de Procedimiento para Preparación Quirúrgica de área Operatoria.
- Guía Técnica de Procedimiento para Manejo de Sonda Foley.
- Guía Técnica de Procedimiento para la atención del trabajo de parto.
- Manual de Aislamiento Hospitalario, MINSA, R.M. N° 452-2003 -SA/DM.
- Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, R.M. N° 753-2004.
- Guía Técnica de Procedimiento para Uso de Desinfectantes y Antisépticos.
- Guía Técnica de Procedimiento para Lavado de Manos.
- Norma Técnica para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, NT N°008-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 217-2004.

### **En el Centro Quirúrgico**

- Guía Técnica de Procedimiento para Lavado de Manos
- Manual de Aislamiento Hospitalario, MINSA, R.M. N° 452-2003 - SA/DM.
- Guía Técnica de Procedimiento para el Uso de Desinfectantes y Antisépticos
- Guía Técnica de Procedimiento, Preparación Quirúrgica de área Operatoria
- Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, R.M. N° 753-2004.
- Norma Técnica de Procedimientos para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, NT N°008-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 217-2004.

### **En Hospitalización**

- Manual de Aislamiento Hospitalario, MINSA, R.M. N° 452-2003 - SA/DM.
- Norma sobre Uso Racional de Antibióticos.
- Guía Técnica de Procedimiento para Uso de Desinfectantes y Antisépticos.
- Guía Técnica de Procedimiento para Lavado de Manos.
- Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, R.M. N° 753-2004.
- Norma Técnica de Procedimiento para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, NT N°008-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 217-2004.



## ANEXO N° 2

### MANEJO POST- EXPOSICIÓN A LOS VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, HEPATITIS B Y C EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.

#### NOTIFICACIÓN Y REGISTRO

Todo personal de salud que tuviera un accidente post-exposición ocupacional a VIH, VHB, debe informar al jefe inmediato y ser derivado con la ficha completa de notificación del caso, al responsable de la Oficina de Epidemiología y/u Oficina de control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA para su notificación y manejo inmediato. Una copia de la ficha será incluida en la historia clínica.

Todo trabajador de salud expuesto por accidente ocupacional a un caso *fuentes* infectado con el VIH, VHB, VHC, debe:

- Tener acceso inmediato, las 24 horas del día incluyendo feriados y fines de semana, a la evaluación por un médico o equipo multidisciplinario, para establecer el riesgo de exposición y la necesidad de profilaxis específica.
- Tener acceso a la prueba de ELISA basal, al momento, a los 3 y 6 meses.
- Solicitar al servicio de emergencia que brinde atención de los accidentes laborales la provisión de antirretrovirales a ser administrados en las primeras 24 horas, vacunas de Hepatitis B e Inmunoglobulina hiperinmune B, Interferon y antirretrovirales para Hepatitis C, este último en los casos excepcionales de evidencia clínica y de laboratorio.
- Contar con la confidencialidad del caso.

#### PASOS DEL TRATAMIENTO

1. Cuando ocurre un accidente percutáneo o de piel "no intacta" por exposición a sangre o fluidos corporales debe lavarse con agua y jabón sin estregar el sitio de exposición, permitiendo fluir la sangre libremente durante 2-3 minutos.
2. Cuando ocurre la exposición de mucosas a sangre y fluidos corporales debe realizarse el lavado con abundante agua.
3. En el caso de contacto de sangre o fluidos con piel intacta: lavarse con agua y jabón.

Debe evaluarse el riesgo de exposición en piel intacta (riesgo menor), "no intacta" y mucosas (riesgo mayor).

## **ANEXO N° 3**

### **MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS (RSH) Y SALUD AMBIENTAL**

#### **I. SEGREGACIÓN Y ALMACENAMIENTO INTERMEDIO**

**Segregación:** Separación en el punto de generación, colocando los residuos en los recipiente correspondientes.

**Almacenamiento:** Lugar donde se acopian temporalmente (12 horas máximo) los residuos, principalmente en establecimientos que generen gran volumen de Residuos Sólidos. En aquellos que generen volúmenes menores a 130 Lts. se puede prescindir.

#### **II. TRANSPORTE INTERNO**

Consiste en el traslado de los residuos del lugar de generación al almacenamiento intermedio o final según sea el caso; en coches o recipientes con ruedas y en envases cerrados. El horario y las rutas deben estar previamente definidas.

#### **III. ALMACENAMIENTO FINAL**

Instalación para centralizar los residuos de los servicios, temporalmente (24 horas máximo) para su tratamiento y/o disposición final.

#### **IV. TRATAMIENTO**

Consiste en la transformación física, química y biológica de un residuo peligroso en un residuo no peligroso o menos peligroso. Todo Hospital debe implementar un método de tratamiento de sus residuos (autoclave, incineración, microondas, enterramiento controlado-relleno sanitario) establecido en la normatividad vigente.

#### **V. RECOLECCIÓN EXTERNA**

Debe realizarse por una Empresa Prestadora de Servicios de Residuos Sólidos que cuente con la autorización de la Municipalidad y este Registrada en DIGESA.

#### **VI. DISPOSICIÓN FINAL**

El Hospital debe asegurarse que los residuos sean depositados en rellenos sanitarios autorizados por la Municipalidad Provincial y tenga registro de la DIGESA.

#### **INSUMOS PARA EL MANEJO DE RSH Y SALUD AMBIENTAL**

- Pastillas DPD.
- Comparadores de cloro.
- Mochila fumigadora.
- Plaguicidas para control de los vectores.

- Equipos de protección (respirador, mascarilla, guantes, uniforme)
- Trampas para roedores.
- Tachos con y sin tapa, bolsas de colores (negra, roja, amarilla).
- Tableros y fichas para reporte de actividades.
- Termos para transporte de muestras (cadena de frío)
- Chalecos (indumentaria de identificación).

## **ANEXO N° 4**

### **LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA**

#### **PROCEDIMIENTOS**

##### **Pre-analíticos**

- Cumplir con las normas de la toma de muestra para estudio microbiológico.
- Cumplir con las normas del transporte y conservación de la muestra para estudio microbiológico.
- Se verifica el llenado de las solicitudes de exámenes (Por lo menos: nombre, sexo y edad, tipo de muestra, examen solicitado, diagnóstico presuntivo, fecha y hora de toma de muestra, responsable, nombre del médico solicitante, y procedencia).
- Se cuenta con cuadernos de registro de muestras rechazadas.
- Tienen criterios de aceptación y rechazo de muestra.
- Se preparan los medios de cultivo de acuerdo a las instrucciones del fabricante.
- Se controla con indicador la esterilidad químicos y/o biológicos de los medios de cultivo.
- El enjuague final del material de vidrio se realiza con agua destilada y/o desionizada.

##### **Analíticos**

- Realiza recuento de colonias en urocultivos.
- Realiza recuento de colonias en secreciones bronquiales.
- La identificación bioquímica se realiza a partir de colonias aisladas.
- Utilizan sangre de carnero en aislamiento primario y pruebas bioquímicas.
- Comparan la turbidez del inóculo con la escala de Mac Farland.
- Lectura del antibiograma entre 16 -18 horas (sin considerar las excepciones).
- Lectura del antibiograma a las 24 horas en casos que sugiere la norma.
- Verifican la pureza de la colonia antes de preparar el inóculo (para automatizados).

##### **Post-analíticos**

- Existen algoritmos de trabajo en caso que no lleguen a una identificación bacteriana satisfactoria.
- Los formatos para la entrega de resultados son debidamente llenados .
- Se revisan sistemáticamente los resultados antes de su liberación.
- Existe registro de salida de resultados.

##### **Distribución de las Áreas**

- Sala de espera, Recepción de muestras, Toma de muestra (pueden ser comunes al Laboratorio Clínico).
- Procesamiento.
- Esterilización y preparación de material.
- Preparación de medios de cultivo.
- Ambiente separado para bacteriología.
- Ambiente separado para tuberculosis.

- OTROS:
  - Sistema de abastecimiento de agua las 24 horas.
  - La calidad del agua es buena.
  - Cuenta con fuente de energía eléctrica alternativa y de potencia adecuada.
  - La distribución del gas es en red.

### **Equipos**

- Refrigeradora de 0 - 4°C.
- Congeladora -20 °C.
- Microscopio binocular con objetivo de inmersión.
- Centrífuga.
- Potenciómetro.
- Balanza de precisión.
- Horno de esterilización.
- Autoclave para material limpio.
- Autoclave para material usado.
- Incubadora a 35°C.
- Cabina de bioseguridad: para trabajo microbiológico y laboratorio de Mycobacterias.
- Baño María.
- Pie de Rey o Pie de Metro o Vernier o Caliper.
- Computadora con impresora.

### **SOLICITUD DE ANÁLISIS**

Debe contar con la siguiente información: Nombres y apellidos del paciente, historia clínica, sexo, edad, servicio de procedencia, número de cama, tipo de muestra, si recibió antibióticoterapia, presunción diagnóstica, firma y sello del médico solicitante.

### **Pruebas Básicas de Identificación Bioquímicas**

- Coloración gram.
- Catalasa.
- Coagulasa.
- Bacitracina 0.04
- Hemólisis (sangre de carnero).
- Resistencia a novobiocina 5ug.
- Resistencia a polimixina B.
- Hidrólisis de la esculina.
- Reducción del telurito.
- Tolerancia al CINA 6.5%.
- PYR.
- Oxidasa.
- β galactosidasa.
- Acidez de glucosa.
- Acidez de lactosa.
- Gas de glucosa.
- Acido sulfídrico.

- Lisina descarboxilasa.
- Lisina deaminasa.
- Ornitina descarboxilasa.
- Movilidad.
- Producción de indol.
- Utilización del citrato.
- Ureasa.
- Reducción de nitrato.
- DNAsa.
- Rojo de metilo y Voges Proskauer.
- Oxidación/Fermentación.
- Desarrollo a 42°C.

#### **Control de Calidad de Diagnóstico Microbiológico**

- Control de calidad de los colorantes.
- Control de calidad de desarrollo e inhibición de los medios de cultivo selectivos (al empezar lote nuevo).
- Control de esterilidad de los medios de cultivo preparados.
- Las fechas de vencimiento de los medios de cultivo están vigentes.
- Medición del pH.

#### **Control de Calidad del Antibiograma**

- Medición del pH del medio con potenciómetro.
- Control de timina/timidina.
- Control de iones de calcio y magnesio.
- Control de la horizontalidad del medio.
- Control de humedad de la placa.
- Control de esterilidad.
- Número de discos colocados en el antibiograma (6 ó 12).
- Discos de susceptibilidad antimicrobiana con fecha de vencimiento vigente.
- Realizan el control de calidad de discos de sensibilidad cada 15 días.
- Establecen acciones correctivas cuando encuentran discrepancias.
- Escala de Mac Farland 0,5 vigente.
- Comparan el inóculo de la muestra con el patrón de Mac Farland o utilizan turbidímetro o fotocolorímetro.
- Usan espectrofotómetro para el control de la escala de Mac Farland.

## ANEXO N° 5

### CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

#### DEFINICIONES

- **Descontaminación:** Cualquier método físico o químico que sirve para reducir el número de microorganismos de un objeto inanimado dejándolo seguro para su manipulación siguiente.
- **Desinfección de Alto Nivel:** Proceso físico o químico que elimina casi todos los microorganismos, pero no asegura la eliminación de todas las esporas bacterianas ni los priones.
- **Esterilización:** Proceso que destruye toda forma microbiana, incluyendo virus pequeños y priones.
- **Limpieza:** Es la remoción mecánica de toda materia extraña en el ambiente, en superficies y objetos, utilizando el lavado manual o mecánico. Normalmente se usa agua y detergente para este proceso. Para el material a esterilizar debe utilizarse detergente enzimático y agua potable de calidad, el enjuague con agua destilada.

#### ORGANIZACIÓN, ESTRUCTURA Y ÁREAS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

- La responsabilidad de todas las etapas del proceso de esterilización y desinfección del establecimiento, es de la Central de Esterilización.
- Separación total entre la zona sucia y la zona limpia. Cada zona debe disponer de un intercomunicador con el exterior.
- El área de esterilización consta de tres zonas perfectamente definidas:

**ZONA SUCIA (ÁREA ROJA):** Recepción del material sucio, clasificación, descontaminación y lavado

**ZONA LIMPIA (ÁREA AZUL):** Recepción del material limpio, preparación del material, embalaje y carga en los distintos esterilizadores

**ZONA ESTÉRIL (ÁREA VERDE):** Descarga del material esterilizado, almacenamiento y distribución.

#### EQUIPOS E INSUMOS DE LIMPIEZA Y LUBRICACIÓN

- Equipo de protección personal, (mascarilla, lentes, delantal, impermeable y guantes).
- Cepillo y escobillas de cerdas de diferentes tamaños y lúmenes.
- Recipiente para lubricante.
- Agua blanda, Agua desmineralizada o destilada.
- Lubricantes especiales.
- Lupa para controlar la limpieza.
- Verificación que los instrumentos mantienen sus funciones.
- Reactivos de control de la limpieza.

### **EQUIPOS E INSUMOS DE SECADO**

- Conexión de aire comprimido con tubos para diferentes lúmenes.
- Máquinas de secado automático.

### **ENVOLTURAS Y CIERRES**

- Tejido de algodón: Para esterilización en autoclave. Su textura debe tener un tejido mínimo de 40 hilos por cm<sup>2</sup> y ser campos dobles. La presentación en algodón de 140 hebras P.S.I., poliéster 180, 240, 270, 280 hebras.
- Papel crepado.
- Papel grado médico o quirúrgico: Permeable al vapor o a la esterilización por gases.
- Filmes transparentes.
- Tyvek.
- Cajas metálicas para altas temperaturas secas y autoclave (con celdas de apertura para entrada del vapor y cierre posterior)
- Vidrio refractario.
- Polipropileno no tejido.
- Cintas adhesivas.
- Selladoras automáticas.

### **EQUIPOS E INSUMOS DE ESTERILIZACIÓN**

- Autoclave de vapor (con diversas especificaciones).
- Horno con ventilación.
- Cámara de Óxido de Etileno.
- Cámara de Formaldehído.
- Cámara de Peróxido de Hidrógeno Gas Plasma.

### **CONTROLES FÍSICOS, QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS**

- Test de Bowie Dick.
- Termómetros, manómetros de presión, sensores de carga, válvulas y sistemas de registro de parámetros, entre otros.
- Indicadores químicos diversos, cinta adhesiva, clases III, IV, etc.
- Indicadores biológicos de acuerdo al esterilizador.

### **ALMACENAMIENTO**

Anaqueles de preferencia cerrados en un área restringida y que permita la rotación de los materiales.

### **EQUIPOS E INSUMOS PARA LA DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL**

#### **Desinfección manual**

- Mandil impermeable, mascarilla, lentes protectores y guantes.
- Dos contenedores de la forma y tamaño ideal de los artículos, uno con tapa.
- Pistolas de desinfección y secado.



- Agua estéril, cantidad necesaria.
- Solución Ortophtaldehído 0.55% o Glutaraldehído al 2% a pH básico.
- Paños o gasas estériles
- Campo o contenedor estéril.

### **Desinfección mecánica**

Máquinas desinfectoras.

## **ANEXO N° 6**

### **CENTRO QUIRÚRGICO (INFRAESTRUCTURA)**

#### **Ubicación:**

Debe estar vinculada a: Emergencia, Centro Obstétrico, Central de Esterilización y Cuidados Intensivos.

#### **Zonas:**

##### **1. Zona No Rígida (No séptica o Negra)**

En ella circulan pacientes, personas y personal de salud en condiciones sépticas normales

- Sala de espera.
- Recepción y control.
- Jefatura.
- Cambio de camilla.

##### **1. Zona Semi Rígida (Semi séptica o Gris)**

En ella transitan las camillas, con su respectivo personal y el personal del centro.

- Control de enfermeras.
- Recuperación con trabajo de enfermeras.
- Anestesiólogo.
- Pre lavado de instrumental.
- Cuarto de limpieza.
- Cuarto séptico (ropa sucia y lavachatas).
- Vestuario de médicos y servicios higiénicos.
- Vestuario de enfermeras y servicios higiénicos.
- Cambio de botas.

##### **2. Zona Rígida (Aséptica, restringida o Blanca)**

Es un área restringida vinculada con Central de Esterilización. Incluye el vestuario de médicos y enfermeras, lavamanos, cambio de botas y salas de operaciones conectada.

- Lavabos de cirujanos.
- Sala de operaciones.
- Rayos X.
- Depósito de material estéril.
- Depósito de equipos.

##### **Salas de Operaciones o Quirófanos**

Son ambientes adecuados para que en ellas se realicen intervenciones quirúrgicas.

El área mínima de una SOP debe ser 30m<sup>2</sup> y no mayor de 36 m<sup>2</sup>, con una altura mínima de 3 m. Las puertas de las SOP deben tener 1.80 m de ancho para el paso de camillas con dispositivos especiales. Debe contar con un piso conductivo.

Por cada 25-30 camas quirúrgicas o por 50 camas del total, debe existir una SOP.

### **Jefatura**

El ambiente debe estar ubicado próximo a la recepción y en contacto con la circulación general del hospital.

### **Área de trabajo de Enfermería**

Ubicado al ingreso del centro, cercano a los vestidores del personal.

### **Oficina de Médico Anestesiólogo**

Localizado de preferencia cercano a la sala de recuperación.

### **Lavamanos**

Deben ubicarse en ambiente continuo a SOP, el área no será mayor de 3 m. Se considera un lavamano doble por cada SOP.

### **Cuarto Séptico**

Ambiente donde se deposita la ropa sucia que sale de los quirófanos. En este ambiente se lava y desinfecta el instrumental, cubetas, etc.

## ANEXO N° 7

### LAVADO DE MANOS

#### Definición de términos

- **Flora Normal de las Manos.** Se encuentra con frecuencia en las manos del personal asistencial, en las capas superficiales o profundas de la piel.

Cambiante en tipo de microorganismos, cantidad y facilidad de remoción con agentes de limpieza y antisepsia. Se consideran tres tipos de flora; Transitoria, Residente Temporal y Residente Permanente, de acuerdo a la probabilidad de remoción de las mismas con lavados efectivos.

**Flora Transitoria.** Microbiota contaminante (no tiene nichos ecológicos propios) de las capas superficiales de la piel, faneras y las mucosas, por lo tanto se elimina fácilmente con lavados de arrastre. Sin embargo es responsable de la mayor parte de las enfermedades infecciosas intrahospitalarias (IIH) cuando las medidas de prevención primaria no se cumplen. Ejemplos: Flora del tractus gastro intestinal (*Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*).

**Flora Residente.** Microbiota con nichos ecológicos propios (colonización) en las diferentes capas de la piel y mucosas; dependiendo de edad, sexo y sitio anatómico. Está asociada frecuentemente a infecciones del torrente vascular o tejidos profundos. Cuando se trata de remover esta flora, se restituye en un lapso de tiempo que depende del tipo de lavado. Ejemplo: *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Corynebacterium spp.* (Difteroides), *Neisserias spp.*, Enterobacterias Bacterias No fermentadoras de la Glucosa (*Acinetobacter spp.*, *Pseudomonas spp.*), *Candida spp.*

La restitución de la Flora Residente en el mejor de los casos ocurre en:

- El 50 – 60% se restituye en 6 – 8 horas.
- El 50 – 40% se restituye en el mejor de los casos en un periodo de 5 – 6 días.

A efectos prácticos se clasifica en dos tipos:

- **Flora Residente Temporal.** Es aquella que con efectivo lavado de manos con antisépticos apropiados se restituye en aproximadamente 8 horas.
- **Flora Residente Permanente.** Es aquella que con efectivo lavado de manos con antisépticos apropiados se restituye en aproximadamente 3 horas.

- **Lavado de Manos.** Procedimiento que permite tener las manos aptas para el uso y de acuerdo a la maniobra a realizar.

Tipos de lavado:

- **Lavado de Manos Social o de Rutina.** Elimina la flora transitoria. Los insumos son: Agua potable corriente, detergente convencional preferible neutro o anfótero y toalla individual desechable. El tiempo de fricción es de 15 segundos.
- **Lavado Clínico.** Procedimiento que inhibe la flora residente temporal. Los insumos son: Agua potable corriente de calidad microbiológica, detergente antiséptico y paño estéril. El tiempo de fricción es de 30 segundos. Cuando las manos se han lavado clínicamente y durante 4 a 6 intervenciones se mantienen limpias, se puede utilizar el alcohol gel. Cuando no se dispone de detergente antiséptico se puede emplear jabón neutro y después del enjuague una solución de antiséptico alcohólica.
- **Lavado Quirúrgico.** Procedimiento que inhibe la flora residente temporal y permanente. Los insumos son: Agua potable corriente de calidad microbiológica, detergente antiséptico y paño estéril. El tiempo de fricción es de dos minutos e incluye los antebrazos.

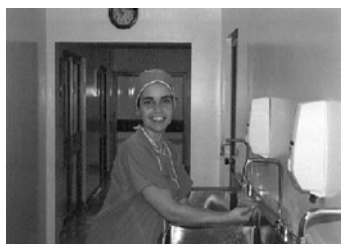
**Descripción de los insumos ideales para el Lavado de Manos:**

**Rutina**



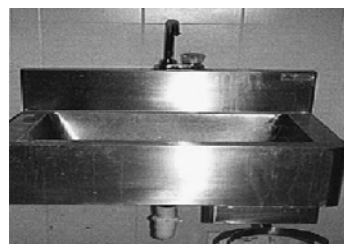
Espita de mano o celdas.
Agua fría potable corriente.
Detergente o antiséptico neutro o anfótero.
Palillo o cepillo de uñas.
Papel toalla desechable.

**Clínico**



Espita de codo.
Agua fría calidad controlada
Detergente antiséptico <sup>(1)</sup>
Cepillo de cerdas suaves estéril.
Paño estéril o papel controlado. Con gel <sup>(3)</sup> no se seca con paño.

**Quirúrgico**



Espita de rodilla o pie.
Agua fría calidad controlada
Detergente antiséptico <sup>(2)</sup>
Cepillo de cerdas suaves estéril.
Paño estéril al interior del quirófano.

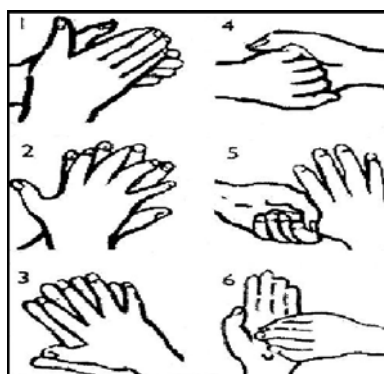
### Antisépticos más recomendados para lavados clínicos y quirúrgicos

1. Clorhexidine 2 % solución detergente\*<sup>1</sup>, Yodo-Povidona 0.7- 0.8 % ,Yodo disponible en solución detergente<sup>(1),(2)</sup>
2. Clorhexidine 4 % solución detergente\*<sup>2</sup>, Yodo-Povidona 0.7- 0.8 % , Yodo disponible en solución detergente<sup>(1),(2)</sup>
3. Alcohol etílico o isopropílico al 76- 80 % v/v en gel, glicerina o emolientes<sup>(3)</sup>

### Descripción de la técnica de Lavado de Manos

Las manos y antebrazos deben estar libres de anillos, pulseras y reloj (áreas críticas).

Para los tres tipos de Lavado de Manos, el tipo de frotado es el mismo. (6 pasos). (Ver figura)



Pasos del Frotado de Manos

Lavado de Rutina.	Lavado Clínico.	Lavado Quirúrgico.
Manos hacia abajo.	Manos y antebrazos en alto.	Manos y antebrazos en alto.
1. Enjuague de la espita.	1. Humedecer las manos.	1. Humedecer las manos.
2. Humedecer las manos.	2. Enjabonado 15 ml y limpieza uñas / sub ungueal.	2. Enjabonado 15 ml y limpie limpieza uñas / sub ungueal.
3. Enjabonado 15 ml y limpieza uñas /15 - 30 s	3. Frotado: 6 pasos / 30 s	3. Frotado: 6 pasos / 30 s
4. Frotado: 6 pasos / 15 s	4. Enjuague: 6 pasos / 30 s	4. Enjuague: 6 pasos / 30 s
5. Secado por presión con el papel.	5. Secado prolijo por presión con paño o papel Si Alcohol Gel 3 ml / 5 a 30 s de frotado vigoroso hasta secar.	5. Enjabonado 15 ml y frotación antebrazos hasta 10 cm encima del codo / 30 s
6. Cierre de la espita con el mismo papel.		6. Enjuague con frotación.
		7. Secado prolijo con paño estéril al interior del quirófano.

### **Recomendaciones adicionales**

1. Al interior de un servicio crítico no quirúrgico, emplee alcohol gel de rutina. A la salida de los servicios sanitarios y limpieza de materiales, emplee la rutina convencional.
2. En un servicio crítico no quirúrgico, use antisépticos antes del contacto directo.
3. Lávese las manos (rutina, clínico o quirúrgico), siempre que las mismas se contaminen con sangre u otros fluidos de pacientes.
4. Después de ir al servicio sanitario y antes de comer, lávese las manos de rutina.
5. Antes y después de la inserción de catéteres y respiradores, realice el Lavado Clínico.
6. Los jabones y antisépticos deben estar en condiciones de no contaminados, respetar las especificaciones de uso y controlar la compra a los fabricantes.
7. Las toallas no reusables deben ser de corte individual y no tipo rollos.
8. Los antisépticos para uso quirúrgico deben tener probada actividad residual y si la cirugía demora más del tiempo previsto para la eficacia del producto o si ocurren eventos contaminantes de manos o guantes, las manos deben volverse a lavar como la primera vez.
9. Promueva y contribuya a controlar la adherencia a todos los tipos de lavado de manos en los servicios.
10. Promueva la gestión del soporte logístico para los lavados de manos en todas las áreas necesarias. Propiciando el uso del alcohol gel individual y en dispensadores de pared, en lugares estratégicos.
11. Las autoridades competentes supervisan y monitorean frecuentemente la adherencia al Lavado de Manos y a las adquisiciones y disponibilidad de insumos recomendados.
12. Durante un brote, todo lavado de manos en el servicio se realizará con antisépticos. En caso de no estar en contacto con pacientes, para el Lavado Social o de Rutina, se podrán utilizar antisépticos del tipo Triclosán al 1% o Parachloroxylenol al 3% (PCMX) con EDTA.

## ANEXO N° 8 NORMAS DE AISLAMIENTO

### Precauciones para la transmisión por aire

Finalidad	Indicaciones	Ubicación del paciente	Protección Respiratoria	Transporte del paciente	Visitas
- Reducir riesgo de transmisión aérea de agentes infecciosos.	- Pacientes con certeza de infección con patógeno transmisible por vía aérea.	- Hab. individual o con otros pac. infectados por el mismo microorganismo. - Presión negativa. - Mantener puerta cerrada.	- Varía según tipo de infección (consultar norma).	- Limitado - Usar barreras de protección, según norma.	- Restringidas. - Informar. a familiares sobre aislamiento. - Dar respiradores.

### Precauciones para la transmisión por gotitas

Finalidad	Indicaciones	Ubicación del paciente	Transporte del paciente
- Reducir riesgo de transmisión por gotas (tos, estornudo, etc) de agentes infecciosos.	- Partículas con microorganismos infecciosos > de 5 micras. - Contacto cercano entre fuente y receptor. - Contacto con mucosas de huésped susceptible.	- Habitación individual o con otros pacientes infectados por el mismo microorganismo.	- Debe ser limitado. - Usar medidas o barreras de protección, según norma.

### Precauciones para la transmisión por Contacto

Finalidad	Indicaciones	Ubicación del paciente	Transporte del paciente
- Reducir riesgo de transmisión de microorg. de importancia epidemiológica por contacto directo o indirecto con secreciones, exudados.	- Bacterias multiresistentes - Virus: Hepatitis B, rotavirus, influenza, etc. - Infecciones de piel y heridas: difteria, herpes, impétigo, celulitis, etc.)	- No necesita cuarto individual, excepto en Infección por <i>E. aureus</i> metilinoresistente, <i>streptococcus</i> del grupo A.	- Debe ser limitado. - Usar medidas o barreras de protección, según norma.



## **ANEXO N° 9**

### **CENTRO OBSTETRICO (INFRAESTRUCTURA)**

#### **Ubicación**

Estará ubicado en el primer nivel, con acceso directo desde el servicio de Emergencia y próximo a Centro Quirúrgico, con la finalidad de trasladar a las pacientes que requieran intervención quirúrgica.

#### **Zonas**

##### **1. Zona Irrestricada (Semi rígida o Gris)**

- Recepción y control
- Espacio para camillas y silla de ruedas
- Sala de evaluación y preparación de pacientes
- Sala de Dilatación
- Sala de Partos
- Trabajo de enfermería
- Limpieza de instrumental
- Cuarto de limpieza
- Cuarto séptico (ropa sucia y lavachatas)
- Vestuario y servicios higiénicos del personal de salud

##### **2. Zona Restringida (Rígida o Blanca)**

- Lavamanos
- Sala de cirugía obstétrica
- Sala de Legrado
- Sala de Recuperación post parto
- Sala de Atención del recién nacido
- Depósito de material estéril

##### **3. Sala de Evaluación y Preparación**

Ambiente donde se determina si la gestante está en trabajo de parto para ser admitida en el Centro. Se ubica inmediato al ingreso del Centro. Es conveniente tener una camilla de evaluación por cada cuatro camas de trabajo de parto.

##### **4. Sala de Dilatación**

Sala donde se encuentra la gestante en trabajo de parto hasta el momento del expulsivo. La Sala puede contar con un máximo de seis cubículos separados entre sí. Cada uno debe contar con una camilla de trabajo de parto, con instalaciones de salida de oxígeno, succión y timbre de llamada. Se recomienda 9m<sup>2</sup> por cama.

Debe contar con un área de Trabajo de Obstetricia de 7.20m<sup>2</sup>, donde se ubica la mesa de trabajo y un área para guardar utensilios y medicamentos.

Se estima que por cada 20 camas obstétricas se contará con una Sala de Partos. Por cada Sala de partos se tendrá tres camas de trabajo de Parto

### **5. Sala de Parto**

La sala de 30 m<sup>2</sup> y una altura de 3 m, cuenta con un solo acceso para el personal y el paciente, la puerta debe ser batiente y de 1.20 m de ancho. Debe contar con tomas para succión y oxígeno.

## **ANEXO N° 10**

### **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (INFRAESTRUCTURA)**

#### **Ubicación**

Próxima y de fácil acceso al Servicio de Emergencia, Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico.

#### **Zonas**

##### **1. Zona Negra**

- Espera.
- Recepción.
- Jefatura.
- Sala de Juntas.
- Estar del Personal.

##### **2. Zona Gris**

- Vestuario y servicios higiénicos para médicos.
- Vestuario y servicios higiénicos para enfermeras.
- Cambio de botas.
- Transferencia de camillas.
- Cuarto séptico.
- Cuarto de limpieza.

##### **3. Zona Blanca**

- Estación de enfermeras (Central de Monitoreo).
- Depósito de equipos.
- Depósito de materiales.
- Cubículos de tratamiento.

#### **Distribución de Camas**

El número de camas está en relación al número total de camas del hospital, variando del 2 al 5% del total de camas y según tipo de hospital. Se recomienda un cubículo de aislado por cada 5 camas de la Unidad. Cada cubículo contará con salida de electricidad, oxígeno y vacío. El área mínima por cama es de 12m<sup>2</sup>.

## **ANEXO N° 11**

### **HOSPITALIZACIÓN (INFRAESTRUCTURA)**

#### **Ubicación**

En zona de fácil acceso a Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Emergencia y Admisión hospitalaria.

#### **Disposición de camas**

Las camas deben estar ubicadas en paralela a las ventanas, con la finalidad que la incidencia de luz no mortifique la visión de los pacientes, facilitando las instalaciones necesarias en las cabeceras.

El número máximo recomendado de camas por servicio es de 35. El área mínima por cama es de 9m<sup>2</sup>, en cuartos con más de una cama será de 7.20 m<sup>2</sup>.

#### **Cuarto para Aislados**

Para la atención de pacientes portadores de enfermedades infectocontagiosas, puede contar con un máximo de dos camas, con baño propio. El área mínima será de 15m<sup>2</sup>.

#### **Tópico**

Ambiente donde se efectúan las curaciones y ciertos procedimientos que no pueden ser realizados en la cama del paciente. Es conveniente que esté situado anexo a la Estación de Enfermería.

#### **Jefatura del Servicio**

Lugar donde el responsable del servicio realiza sus funciones. El área será no menor de 12m<sup>2</sup>. De preferencia contará con servicio higiénico propio.

#### **Estación de Enfermeras**

Lugar donde se prepara y concluye los procedimientos a realizar con el paciente. Es conveniente que se ubique en la zona central del servicio. La distancia permitida entre la Estación y la cama más alejada no debe ser mayor de 25 m.

#### **Trabajo de Enfermería**

Se ubica anexo a la Estación de Enfermería. La zona limpia se utiliza para conservar útiles de trabajo, equipos médicos del servicio, etc.

#### **Área para Ropa Limpia**

Espacio utilizado para almacenar la ropa limpia de reserva. Debe estar cercana a la Estación de Enfermería.

## IX. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ABL	Accidente Biológico Laboral.
ATM	Fármaco Antimicrobiano.
ATMR	Fármaco Antimicrobiano de Reserva.
BLEE	Betalactamasa de espectro extendido.
BP	Buenas Prácticas.
BPA	Buenas Prácticas de Almacenamiento.
C	Control.
CAP	Cuadro de Asignación de Personal.
CE	Central de Esterilización.
CIIH	Comité de Infecciones Intrahospitalarias.
CO	Centro Obstétrico.
CQ	Centro Quirúrgico.
DAN	Desinfección de Alto Nivel.
F	Farmacia.
H	Hospitalización.
IIH	Infecciones Intra Hospitalarias.
IHO	Infección de Herida Operatoria.
LM	Laboratorio de Microbiología.
MAPRO	Manual de Procedimientos.
MLS	Fenotipos de resistencia a los Macrólidos (Lincosamidas y Streptomicinas).
MOF	Manual de Organización y Funciones.
MRSA	Staphylococcus aureus meticilino resistente.
NPT	Nutrición Parenteral.
P	Prevención.
PC	Prevención y Control
PEED	Programa de Evaluación Externa del desempeño del Laboratorio.
PMCC	Plan de Mejora Continua de la Calidad.
PNME	Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
RAM	Reacción Adversa a los Medicamentos.
RCF	Recomendaciones del Fabricante.
RD	Resolución Directoral.
RM	Resolución Ministerial.
ROF	Reglamento de Organización y Funciones.
RSH	Residuos Sólidos Hospitalarios.
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico – Quirúrgicos.
SVPCIIH	Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
TBC	Tuberculosis de las Vías Respiratorias.

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.
UEH	Unidad de Epidemiología Hospitalaria.
URATM	Uso Racional de Antimicrobianos.
V	Vigilancia.
VPC IIH	Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
VRATM	Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos.
VRE	Enterococo Vancomicina Resistente.

## X. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso-Echanove, J. Foro para revisar las estrategias de vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias. En IMAS, V Curso sobre Epidemiología de la Infección Hospitalaria: Métodos de Investigación y Vigilancia Epidemiológica, Barcelona, 10-12 Noviembre, 2004. España.
2. Bates DW, Cook EF., Goldman L and Lee TH. Predicting bacteremia in hospitalized patients. A prospective validated model. In: Quality Control Laboratory, WHO, 2001. EEUU.
3. Guideline for Hand Higiene in Health – Care Settings, MMWR, Vol. 51, Nº RR-16, CDC, October 25, 2002. EEUU.
4. OPS/HSD/SILOS – 12, La garantía de la calidad. El control de Infecciones Hospitalarias, Mayo 1991. EEUU.
5. MINSA/Perú, Ley General de Residuos Sólidos, Ley Nº 27314, Julio 2000.
6. Mc Donald LC, Fune LB, et al. Clinical importance of increased sensitivity of BacT/Alert FAN aerobic and anaerobic blood culture bottles. J. Clin. Microbiol. 1996; 34:2180-2184.
7. MINSA/Perú, R.M. Nº 585-99- SA-DM. Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento en Farmacia.
8. MINSA/Perú, Manual de Procedimientos Bacteriológicos de las Infecciones Intrahospitalarias, Serie de Normas Técnicas Nº 28, Diciembre 2005.
9. MINSA/Perú, 2001. Manual Modelo de Organización y Funciones de una Unidad de Epidemiología Hospitalaria.
10. MINSA/Perú, 2001, Manual de Procedimientos Bacteriológicos de las Infecciones Intrahospitalarias.
11. MINSA/Perú, Manual de Procedimientos para la Investigación de Brotes Epidémicos.
12. MINSA/Perú, Manual de Procedimientos para la prueba de Susceptibilidad Antimicrobiana por el método disco - difusión. Serie de Normas técnicas Nº 30, Febrero 2002.
13. MINSA/Perú, Serie de Normas Técnicas Nº 35, 2002, Manual de Procedimientos para la Investigación de Brotes de las Infecciones Intrahospitalarias producidos por Bacterias mediante Métodos de Biología Molecular.

14. MINSA, R.M. N° 1472-2002-SA/DM, Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria,.
15. MINSA/Perú, Serie de Normas Técnicas N° 35, 2002. Manual de Procedimientos para la Investigación de Brotes de las Infecciones Intrahospitalarias producidos por Bacterias mediante Métodos de Biología Molecular. Manual de Aislamiento Hospitalario, MINSA, R.M. N° 452-2003 - SA/DM.
16. Navarrete-Navarro S, Rangel-Frausto MS. Las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex., 41 suppl 1: S64-S68, 1999.
17. Norma Técnica de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias, NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, R.M. N° 753-2004.
18. Norma Técnica de Categoría de Establecimientos del Sector Salud, NT N° 021- MINSA/ DGSP-V.01, R.M. N° 769-2004.
19. Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias NT N° 026-MINSA/OGE-V.01, R.M. N° 179-2005.
20. Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, MINSA/DGSP, R.M. N° 482-96. SA/DM.
21. Norma Técnica de Procedimientos para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, NT N°008-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 217-2004.
22. Normas y Procedimientos Sanitarios para el abastecimiento, transporte, conservación, preparación y servido de los alimentos en hospitales y servicios de alimentación del Ministerio de Salud. R.D. N° 0047-79-SA/DS.
23. MINSA/Perú, Protocolo: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, 1999.
24. MINSA/Perú, Protocolo: Estudio sobre la Prescripción, el Uso y las reacciones Adversas a los Antimicrobianos en pacientes hospitalizados, 2001.
25. Sistema de manejo post exposicional al virus de la Inmunodeficiencia Humana en trabajadores de la salud, MINSA/ DGSP/ DEAIS, Documento de la Estrategia Nacional Transmisión Sexual y VIH-SIDA, 2005.
26. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, MMWR, Vo. 50, N° RR-11, CDC, June 29, 2001.





