



MINISTERIO
DE SALUD

Ministerio de Salud
Hospital Nacional Santiago de María

Buenas prácticas en Seguridad del usuario que ingresa al hospital Nacional de Santiago de María
en el periodo comprendido del 1 enero del 2019 a diciembre 2020

Equipo de trabajo:

Licda. Ana Briselda Araujo Sura
Dr. Edwin Alberto Granados Moran
Licda. Kathya Margarita Panameño
Licda. Sivia Socorro Montoya de Batres
Dra. Claudia Maria Gizzi de Ortiz (UOC)
Licda. Ana Betty Guerrero Díaz (UOC)

Mayo 2021

ÍNDICE

Contenido	pagina
Presentacion	3
Objetivos	4
Criterio1 Liderazgo y compromiso de la alta dirección	5-7
Criterio 2 Identificación y análisis de la oportunidad de mejora	8-15
Criterio3 Gestión dela mejor práctica	16-28
Criterio 4 Gestión del equipo de trabajo	29-32
Criterio 5 Gestión del conocimiento e innovación de la Mejor práctica	33-36
Criterio 6 Resultados de la mejor práctica	37-43
Criterio 7 Sostenibilidad y mejora	44-46
Glosario	47
Anexos	48-54

Presentación.

La OMS en el 2004 lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del usuario, cuyo propósito es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitable.

El Sistema de Salud de El Salvador se han realizado diferentes acciones para garantizar la calidad del cuidado y reducir el riesgo/ errores en la atención del usuario

EL Hospital Nacional Santiago de María por ser el único hospital de la zona el área de responsabilidad comprende los municipios de: Alegría, Berlín, Tecapán, Mercedes Umaña, Estanzuelas, Villa El Triunfo, California, Nueva Granada, Jucuapa, San Buena Ventura .Siendo un hospital Clasificado como básico, cuenta con la oferta de servicio de medicina interna, Cirugía general , ginecología , obstetricia, Pediatría, servicio de emergencia y consulta externa por especialidad, cuenta con 60 camas censables.

En base a datos a nivel local en el año 2019 por el comité de prevención y control de infecciones asociadas a la salud reporta la falta de identificación de usuarios al ingreso no aplicación correcta de Cirugía segura, Infecciones asociadas a la salud en: incidencia de endometritis post parto al 8% ,infección de sitio quirúrgico 6% ,flebitis por catéter 7% en los supervisiones detecto algunos incidentes en el cumplimiento de medicamentos, .Por lo que se implementan las Buenas prácticas en Seguridad del usuario que ingresa al hospital Nacional Mena de Santiago de Maria en el periodo comprendido de enero 2019 a diciembre 2020

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Fortalecer la gestión de la seguridad de la atención a los pacientes en el hospital Santiago de María en el período de 1 de enero 2019 al 31 de diciembre 2020

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reducir riesgos de infecciones asociadas a la salud en los usuarios ingresados en el hospital Nacional Santiago de María
- Aplicación de prácticas seguras en la atención de usuario
- Fortalecer los pilares básicos en la atención sanitaria, contribuyendo al mantenimiento de seguridad del usuario

Criterio 1

LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA ALTADIRECCIÓN

1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección. (80 puntos)

1.1- ¿De qué manera la alta dirección promueve la implantación y da a conocer las mejores prácticas a toda la institución?

El Ministerio de Salud como parte del Plan estratégico Institucional promueve la mejor práctica a través del premio interno de reconocimiento a las mejores prácticas desde 2015, donde el hospital participo para el año 2018. La Unidad de Dirección de Calidad de MINSAL brinda acompañamiento a los equipos preparándolos en el proceso de elaboración de proyectos.

La Dirección del Hospital Nacional de Santiago de María. Promueve la implementación de la mejor práctica a través de la creación del equipo de trabajo para el desarrollo del proyecto (**anexo 1 de acta de conformación**). Se involucra en la creación e implantación de la mejor practica con la aprobación de las intervenciones del Plan de trabajo (**anexo 2. Cronograma de trabajo**). De tal forma autorizo y delegando al equipo necesario, recurso humanos e insumos para asegurar la mejor práctica dando seguimiento a través de solicitar informes mensuales

¿Cómo la máxima autoridad divulga y da a conocer las mejores prácticas en diferentes espacios?

La Dirección del hospital promueve las mejores prácticas dando a conocer a las principales jefaturas en reuniones técnicas administrativas con el propósito de sensibilizar a que otros equipos apoyen la práctica (**libro de acta anexo 3**) y brindo los espacios y la autorización de las gestión para realizaron para la compra de insumos necesarios y para que el personal de salud autoriza las el programa de educación para que el personal a capacitado. (**Anexo 4 lista de asistencia**)

¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación, implantación de las mejores prácticas y empodera a los miembros del equipo para el desarrolla de las mejores prácticas

La Dirección del Hospital Nacional de Santiago de María, promueve la implementación de la mejor práctica a través de la creación del equipo de trabajo para el desarrollo del proyecto (anexo autorización del equipo de mejora). Y se involucra en la creación e implantación de la mejor practica con la aprobación de las intervenciones del Plan de trabajo (**Anexo 5 Plan de trabajo**) para la seguridad del usuario que ingresa al hospital. También empodera al equipo proporcionando el espacio, tiempo para las reuniones de trabajo y desarrollo del plan de educación continua del personal. (**Anexo 6 Lista de asistencia de capacitación**)

1,2 Cómo la alta dirección ha fortalecido el rol y responsabilidades del equipo.

.La Dirección ha fortalecido al equipo gestor, reconociendo su integración, también delega y autoriza la implantación de la mejor práctica acompañando en reuniones de trabajo del equipo de mejora, facilita que se desarrolle el programa de educación continua sobre seguridad del usuario. El equipo de mejor práctica da a conocer avances del proyecto bimensuales (**anexo 7, informe enviado**)

1.3-Reconocimiento a equipos de mejora (20 puntos).

¿Qué políticas e incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes del equipo que desarrollan las mejores prácticas?

El Ministerio de salud El Ministerio de Salud en junio 2015 instauró el premio interno de Reconocimiento a las mejores prácticas, para todos los equipos de mejora que deseen dar a conocer los proyectos realizados.

El Hospital Nacional de Santiago de María, fue reconocido por el MINSAL en convocatoria en 2019. **(Anexo 8 diploma de reconocimiento 2021)**

Existe una asignación presupuestaria para el funcionamiento del Hospital, aunque no una partida específica para la implantación de la mejor práctica, se proporciona el espacio y el tiempo para la ejecución del proyecto, el seguimiento a través de la unidad organizativa de la calidad, se evalúan indicadores de calidad

¿Cuenta con política interna de incentivos?

Como Política institucional cuenta con el reconocimiento Interno a las mejores prácticas del MINSAL, el cual se implementó desde el 2015 en el que nos da la oportunidad de participar presentando buenas prácticas.

En la institución no cuenta con una política de incentivo monetario, pero el director envía notas de felicitaciones a cada miembro del equipo **(Anexo 9 nota de felicitación)**

¿Cómo se motiva a los equipos de mejores prácticas?

Establece la compensación de tiempo por horas extras trabajadas en el proyecto, también reconoce el equipo de buena práctica en los diferentes espacios con las jefaturas de la institución y comité estratégico de gestión

¿Cómo la alta dirección o jefaturas reconocen a cada miembro de los equipos su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en las mejores prácticas?

La dirección del hospital reconoce a cada miembro del equipo, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en la mejor práctica con nota de felicitación al equipo gestor tomando en cuenta en la evaluación de desempeño de cada integrante del equipo gestor.

Criterio 2

IDENTIFICACIÓN Y ANALISIS DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA

2.1 Identificación y selección de oportunidad de mejora

Se identificaron las oportunidades de mejora a través informes mensuales del comité prevención y control de infecciones asociadas a la salud, y análisis de indicadores hospitalarios estándar 22, 28, (**anexo 10 tasa de incidencia de infecciones asociadas a la salud**) también se identificó a través de informes de rondas de supervisión de áreas de atención de pacientes evaluando la adherencia del apego de higiene de manos, y el cumplimiento de prácticas aseguradas en el usuario revisión de Sistema de Información del (SIMMOW.)

¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o los problemas a resolver?

En reunión con Director y coordinadores de la Unidad Organizativa de la Calidad, jefaturas, se realiza evaluación de indicadores de Infecciones asociadas a la atención sanitaria, indicadores de satisfacción de usuarios, e indicadores de gestión con el objetivo de identificar problemas que afectan la atención de los usuarios que acuden a solicitar servicios de salud en la institución.

Se utiliza el método de lluvia de ideas (Brainstorming) logrando identificar siete oportunidades de mejora (Ver Tabla 1).

1-falta de comunicación efectiva a través de las redes sociales para la gestión del cuidado integral de usuarios del programa DPCA en tiempos de pandemia COVID 19 en el hospital Nacional Santiago de Maria.
2- Eventos inseguros del usuario que ingresa al Hospital Nacional Santiago de Maria
3- Implementación de parto humanizado
4- Mejorar el proceso de atención integral de los adolescentes
5- Satisfacción de usuarios
6-Incidencia de infecciones de tejido blando en pacientes post instalación de catéter peritoneal
7-Buenas prácticas en Seguridad del usuario que ingresados en el hospital

De las siete oportunidades de mejora se priorizo la numero 7. Buenas prácticas en Seguridad del usuario que ingresados en el hospital, ya que la seguridad del paciente es un factor de calidad para nuestra institución y para los usuarios que nos visitan, familia y personal de la institución a través del empoderamiento de conocimiento.

¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema?

Una vez identificado la brecha se utilizó la herramienta de priorización de problemas utilizando el método de Hanlon, en donde se evalúa Se evalúa los siguientes parámetros

Magnitud, severidad, eficacia y factibilidad por lo que se decide la implementación de la mejor prácticas en seguridad del usuario ingresado en el hospital nacional Santiago de Maria

La **magnitud**, Se toma en cuenta el número de personas afectadas, las cuales se verán favorecidas con la implementación de la mejor práctica, garantizando así la calidad de atención

de los usuarios que ingresan al hospital.

Severidad, se evaluó los riesgos de los usuarios en los centros asistenciales por error humano, que causa costos económicos familiares, e institucionales, dolor humano, días de instancia hospitalarios carga laboral adicional

Eficacia, se valoró la facilidad o dificultad para resolver los problemas planteados, tomando en cuenta los recursos con los que contamos como institución para la mejor practica en seguridad del usuario Un alto porcentaje del éxito de este proyecto se basa en el trabajo coordinado entre las jefaturas de enfermería, comité prevención y control de infecciones asociadas a la salud y el comité de higiene de manos

Factibilidad, Tomamos en cuenta factores como: Disponibilidad de recursos económicos, legalidad, pertinencia y aceptabilidad, para la buena práctica en seguridad del usuario en el hospital

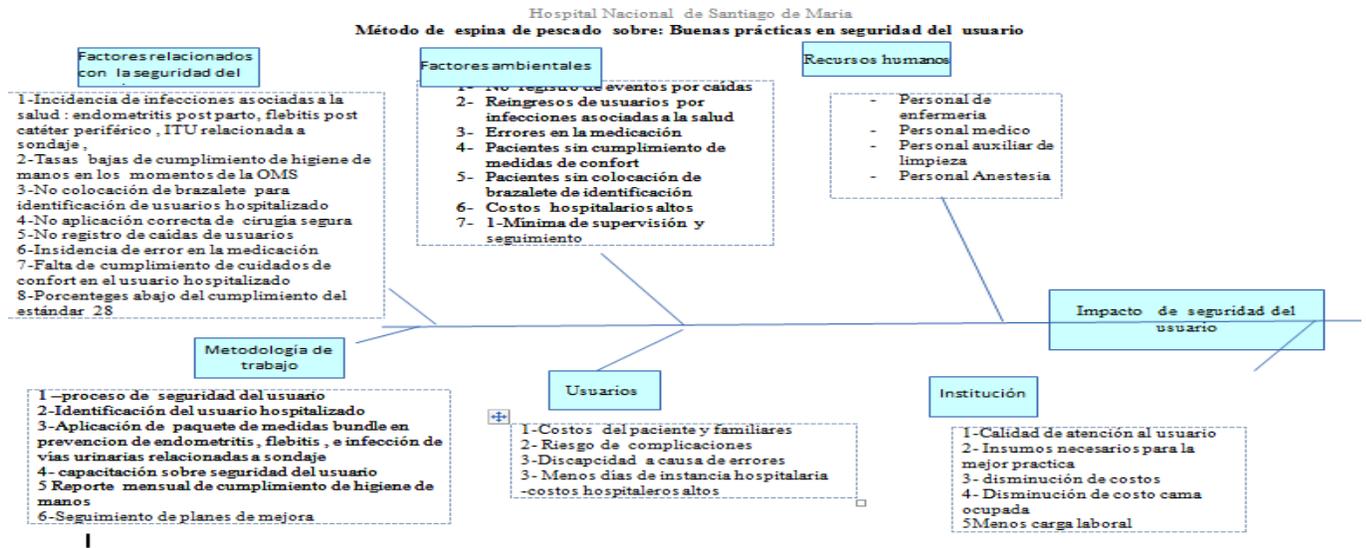
(Tabla 2)

Problemas identificados	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Total
1-Falta de comunicación efectiva a través de las redes sociales para la gestión del cuidado integral de usuarios del programa DPCA en tiempos de pandemia COVID 19 en el hospital Nacional Santiago de Maria	10	7	1	1	17
2-Eventos inseguros del usuario que ingresa al Hospital Nacional Santiago de Maria	8	6	1	1	13
<u>3-Buenas prácticas en seguridad del usuario que ingresa al Hospital Nacional Santiago de Maria</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>20</u>
4-Implementación de parto humanizado	6	7	1	1	13
5- Mejorar el proceso de atención integral de los adolescentes	7	10	1	1	17
6- Satisfacción de usuarios	8	7	1	1	
7-Incidencia de infecciones de tejido blando en pacientes post instalación de catéter peritoneal					

¿Cuáles para el análisis de las causas?

Los parámetros utilizados para priorizar la oportunidad de mejora se desarrolló en la utilización la herramienta. Diagrama causa-efecto: Llamado también Diagrama de Ishikawa (en honor a su autor) Describe de forma gráfica las causas, donde se describen las principales y secundarias, causas del problema y la relación entre ellas según la perspectiva de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso, por lo que se priorizó las buenas prácticas en seguridad del

usuario que ingresa al Hospital Nacional Santiago de Maria, para garantizar la calidad de atención. (Imagen 1)



Se evalúa la magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, por lo que se realiza las buenas prácticas en seguridad al usuario en el hospital Santiago de Maria

¿Cómo proyectaron el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?

El impacto esperado de la mejor práctica se proyectó a través de la siguiente metodología se analizó costo beneficio para el usuario y la institución de la siguiente descripción:

Los usuarios:

- Atención segura con riesgo mínimo de que ocurra un error
- Disminución de costos de bolsillo del usuario
- Menos riesgos de administración de antibióticos

Institución:

- Se disminuye los egresos
- Disminución de costo de la atención en salud en salud
- Mejor calidad de atención
- Trato humanizado

Personal de salud:

- Disminución de carga laboral
- Mejora la innovación profesional
- Mejor competencia profesional

Medio ambiente

- En medio ambiente mejor limpieza y desinfección
- Desinfección de áreas críticas y ambientes hospitalarios (**Aneo 12 plan mensual de desinfección**)
- Empaquetado y esterilización de equipos exclusivamente en arsenal , mejor control de equipos (**anexo 13 bitácora de recibo y entrega de material**)
- Utilización de remojo de equipos médicos utilizados en áreas de atención

¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema?

Se analizó la tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria: Endometritis poste parto, e infecciones de vías urinarias relacionado relacionada a sondaje, infección de sitio quirúrgico profundo, flebitis post catéter periférico, análisis de tasas de cumplimiento de higiene de manos, se evaluó el riesgo del paciente ingresados colocándole brazalete de identificación al ser ingresado el llenado incorrecto de lista de cirugía segura, no registro de caídas de usuario en las áreas de hospitalización y emergencia.

Las herramientas utilizadas para la deccion de la oportunidad de mejora fueron: como la metodología de Hanlon y la identificación de las principales causas del problema la espina de pescado

2.2 Recolección y análisis de la información (30 puntos).

Para información se analizaron datos del 2019 -2020 reportadas por el comité de prevencion y control de infecciones asociadas a la salud datos obtenidos a través de la vigilancia activa y pasiva ,utilizando el vaciando los datos en la matriz de monitoreo en programa Excel del Comité de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria se realizó análisis de indicadores de caídas a través de hoja de datos para la recolección de eventos por caídas (**informe de caídas anexo 14**) ,cumplimiento de aplicación correcta de estrategia de Cirugia segura de la OMS (**Anexo 15 lista de cirugía segura**) ,riesgos del usuario al cumplimiento de medicamentos, tasas de cumplimiento de higiene de manos (**hoja de observación de higiene de manos anexo 16**)se evaluó el cumplimiento de . Estándar 28 Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico menor y mayor en quirófano, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL

¿Qué metodología y herramientas aplicaron para la recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información que fue necesaria para la identificación de problemas, causas, alternativas de solución y el desarrollo y ejecución del proyecto de mejora?

Los métodos utilizados para identificar la brecha fueron datos locales del comité de prevención de infecciones asociadas a la salud los cuales son obtenidos a través de rondas de supervisión,

La información para desarrollar y ejecutar la mejor práctica se recolectó a través de la vigilancia activa y pasiva de IAAS, utilizando la ficha VIGEPES 07 y aplicación de listas de chequeo (BUNDLE, prevención de endometritis post parto, prevención de flebitis post catéter periférico, prevención de infecciones del tracto urinario relacionado a sonaja) (ver anexo medidas Bundle 17) vaciando los datos en la matriz de monitoreo en programa Excel del Comité de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria

Causas: Tasas de infecciones de endometritis post parto para el año 2018 de 4%, flebitis 4.7% infecciones del tracto urinario 1%

Las alternativas de solución y desarrollo y ejecución del proyecto fue la implementación de medidas que favorezcan a la seguridad del usuario

¿Cuáles fuentes de datos utilizó el equipo para verificar la confiabilidad?

Fuente primaria fueron los informes del comité de prevención y control de infecciones asociadas a la salud, sistema ETAB. Fuente secundaria tasas de cumplimiento de higiene de manos, e informes del comité de procedimientos de enfermera -2019 -2020 , informes desperdician , informe de rondas de supervisión realizadas

¿Cómo se determinó y cuál era la brecha existente entre la situación inicial (línea base) y la situación o proyección deseada?

La seguridad del paciente es un factor esencial en la calidad que brinda la institución siendo necesario aplicar estrategias de mejora para evitar daños al usuario

Para el año 2019 en el hospital se reportaron 52 infecciones asociadas a la salud de: endometritis 10, flebitis post catéter periférico 12, infecciones de sitio quirúrgico 14, onfalitis 4, sepsis neonatal 1, infecciones de vías urinarias relacionadas a sondaje uretral 3, mastitis post parto 1, conjuntivitis 1, infección de tejido blando 6, eventos post caída 2.5%, tasas de cumplimiento de higiene de manos del 45%, observación de prácticas inseguras en el usuario hospitalizado : cumplimiento de medicamentos , cuidados del usuario que necesita cuidados de confort (baño en coma, cambio de posición cada dos horas, , colocación de dispositivos mecánicos para prevenir úlceras por presión) no aplicación correcta de hoja de Cirugía segura, estándar 28. de cumplimiento de vestimenta quirúrgica

Por lo que se detallan en la siguiente (tabla 2

Línea basal 2019	Proyección 2020-2021	Brecha
Tasas de cumplimiento de higiene de manos del 45% de cumplimiento	Lograr un apego de higiene de manos del 90%	Aumentar la tasa de apego de higiene de manos 45% de cumplimiento
Colocación de brazalete con identificación del usuario ingresado 0%	100% de usuarios ingresados con brazalete de identificación	100% de los usuarios ingresado se encuentran con brazalete de identificación
Infección asociada a la salud en endometritis post parto al 4 %	Reducir el riesgo de infección de endometritis post partos a un 2%	Reducir tasas de endometritis post parto en menos del 2%
No se posee un sistema de registro de caídas que fuera fiable	Registrar el 100% de los casos de caídas	Sistema de registro de caídas implementado, uso de hoja de reporte de caídas por servicio reportado mensualmente
Tasas de flebitis relacionadas a catéter periférico reportadas en 4.7%	Reducir al 3 % de flebitis post catéter periférico	Minimizar el riesgo de flebitis post catéter venoso periférico 1.7 %
Tasa de infecciones de vías urinarias relacionada a sondaje 1%	Reducir la tasa de infección de vías urinarias relacionada a sondaje al 0.5%	Minimizar el riesgo de infecciones de infecciones de vías urinarias relacionadas a sondaje tras-uretral en un 0.5%
No cumplimiento de seguridad del paciente en la medicación	75% de personal cumple con las medidas de seguridad en la medicación a través de la técnica sin contacto	Que el 75% cumple con la técnica sin contacto en la administración de medicamentos
No cuidados de confort en pacientes dependientes para prevenir úlceras por presión	35% de usuarios se les realice medidas de confort para prevenir úlceras por presión	Que 80% de los pacientes se les realiza cuidados de confort a usuario dependiente de enfermería para prevenir úlceras por presión
No cumplimiento correcta de la lista de cirugía segura	Aplicación correcta del 100% de la lista de Cirugía segura ,y colocarlas en expediente	100% de recursos de quirófanos conocen y se aplica correctamente el instrumento de Cirugía segura según indicaciones de la OMS y colocan en expedientes
Estándar 28: Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico menor y mayor en quirófano, se le efectúe	Aumentar a un 85% de cumplimiento de estándar 28 cumpliendo con Ítem 5.	30% es la brecha para el cumplimiento de estándar 28: en el cumplimiento de Ítem 5 porcentaje de personal de sala que

<p>oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL</p> <p>Ítem 5</p> <p>Porcentaje de personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora. evaluado es un 55%</p>	<p>Porcentaje de personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora.</p>	<p>cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora. evaluado</p>
---	---	---

Criterio 3

GESTIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA

3.-Gestión de la intervención, proyecto o práctica implementada (250 puntos)

3.1 Planificación de las mejores prácticas (80 puntos).

El proyecto de mejor práctica está implantado en el Plan Estratégico Institucional del MINSAL contempla como objetivo estratégico 8: Fortalecimiento Institucional en línea de trabajo 8.1.1.4. Fortalecimiento de la gestión de la calidad. Y en Estrategia 4. Línea de acción 4.1.5 Incrementar la eficacia, la eficiencia y la calidad de la Red Hospitalaria Nacional como componente relevante de las Redes Integradas e Integrales de los servicios de salud. También en plan estratégico 2020-2025 del hospital está contemplado en línea estrategia 2.2 objetivo 2.2.1 en acción estrategia 4. Implementar un programa de seguridad del paciente en la institución.

¿El proyecto está orientado con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

El proyecto de buenas prácticas en seguridad del usuario está sustentado en la Misión del hospital en la parte que refiere brindar servicios de salud eficiente y efectiva con calidad y calidez, contribuyendo a la satisfacción del usuario, y en la visión en la innovación, la seguridad del paciente. El proyecto busca brindar atención segura y oportuna al usuario minimizando riesgos que puedan ocasionarle.

¿Cómo se definió el plan de trabajo, como se asignó a los responsables de cada actividad y cuál es el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada?,

La Dirección Nacional de Santiago de María selecciono al equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor práctica basándose en los siguientes criterios: personas proactivas con alto sentido de responsabilidad, con un perfil académico inherente a sus funciones y óptimas relaciones interpersonales

El equipo gestor diseño un plan de trabajo a desarrollar el cual especifica actividades, responsables e indicadores para dar seguimiento a la buena práctica. La buena práctica se implementó en diferentes fases que se explican a continuación:

Objetivos

General:

Fortalecer la gestión de la seguridad de la atención a los pacientes en el hospital Santiago de María en el período de 1 de enero 2019 al 31 de diciembre 2020

Específicos:

- Reducir riesgos de infecciones asociadas a la salud en los usuarios ingresados en el hospital Nacional Santiago de Maria

Etapas	Activated	Monitoreo y seguimiento	responsable	plazo	
				inicia	termina
Planificación	Identificando la línea de base, las brechas entre lo encontrado y lo deseado, se conformó el equipo de la mejor práctica, quienes elaboraron el proyecto. Se utilizo la herramientas de calidad en el análisis en la priorización del problema(espina de pescado y metodología de Hanlon)	Equipo gestor realiza evaluación mensuales sobre de estrategia implementada	Comité de higiene de manos ,comité de prevencion asociadas a la salud , equipo gestor, comité de prevencion y control de infecciones asociadas a la salud	Enero 2019	Febrero 2020
	Autorización y delegación de miembros de equipo de gestor	Informe mensual de avances de proyectos de buenas prácticas	Equipo de mejores practicas	Enero 2019	Diciembre 2020
Organización	Se elaboran instrumentos para Recolección de información., Paquete de medidas bundle, lista de chequeo	SA través del cumplimiento de herramientas diseñadas para l cumplimiento de seguridad del Usuario	Jefes de unidad, comité de IAAS, comité de higiene de manos, equipo gestor de la buena practica	Abril 2019	Diciembre 2020

	Reunión con jefaturas de áreas de emergencia y hospitalización i Parapropuesta de proyecto	Monitoreo de cumplimiento de buenas prácticas en seguridad del usuarios	Equipo gestor de la mejora practica	Febrero 2019	
	Gestión de insumos necesarios para el cumplimiento de la buenas prácticas en seguridad del usuario como. Insumos para el cumplimiento de higiene de manos , insumos para completar equipo de partos , equipos de aseo vulvar , equipos individuales para baño en cama , solicitud para compra de brazalete de identificación, insumos para el cumplimiento de venupunción , insumos para mantener Verificación de equipos completos de cateterismo , se creó un sistema de recibo y entrega de material estéril para mejor control	supervisión, reporte de cumplimiento de paquete bundle,	Comité de prevencion de infecciones asociadas a la salud , jefaturas de hospitalización y emergencia	Enero2019	Marzo 2020
	Formación de facilitadores en	Acreditación del comité de higiene de	Comité de (CPIAAS)	Enero 2019	Marzo 2020

	observación de higiene de manos de la OMS	manos			
	Capacitación al personal de áreas de emergencia y hospitalización sobre seguridad del paciente	Monitoreo de cumplimiento de medidas de seguridad del usuario implementadas	Comité de CPIAAS	Enero 2019	marzo 2019
Ejecucion	Monitoreo de registro y reporte de caídas de usuarios	Monitoreos de registro y reporte de caídas de usuarios	Jefaturas de unidad	Marzo 2019	December 2020
	Cumplimiento de técnica sin contacto en la medicación	Monitoreo del cumplimiento de técnica sin contacto en la administración de medicamentos	CPIAAS , Jefes de unidad	Febrero 2019	Diciembre 2020
	Cumplimiento de paquete de medidas bundle (en prevención de endometritis post parto , prevención de flebitis post catéter periférico , prevención de infecciones de vías urinarias relacionada a sondaje	Reporte de tasas de cumplimiento de paquete de medidas bundle	Jefes de unidad y CPIAAS	Febrero 2019	Diciembre 2020
	Verificación de llenado correcto de lista de verificación de cirugía segura	Monitoreo de registro y reporte de caídas de usuarios Monitoreo de registro y reporte de caídas de usuario	Jefe de Sala de operaciones , comité de prevención y control de infecciones asociadas a la salud	Febrero 2019	Diciembre 2020
	Verificación 28 Que todo paciente que requiera un proceso	de cumplimiento del uso racional y,	de Sala de operaciones y, comité de prevención	Febrero 2019	Diciembre 2020

	quirúrgico menor y adecuado de control de mayor en quirófano, sevestimenta protectora. infecciones asociadas a le efectúeen quirófano a través la salud oportunamente, conde lista de chequeo calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSA			
	Monitoreo de cumplimiento de medidas de confort en pacientes dependientes	Monitoreo de cumplimiento de medidas de confort adependientes -Aplicación de escala de Braden	Jefe de Sala de operaciones , comité de prevención y control de infecciones asociadas a la salud	Ferrero 2019 Diciembre 2020
Control y seguimiento	Reporte de indicadores propuestos en la buena práctica de seguridad de usuario	Reporte de tasas de cumplimiento de higiene de manos Tasa mensual de cumplimiento de paquete bundle Reporte de incidencia de infecciones asociadas a la salud Reporte cumplimiento de estándar 28. cirugía segura y uso racional de vestimenta en quirófano	Equipo de gestor de la buena práctica en seguridad del usuario Comité de higiene de manos , jefes de unidad	Marzo 2019 Diciembre 2020

- Aplicación de prácticas seguras en la atención de usuario
- Fortalecer los pilares básicos en la atención sanitaria, contribuyendo al mantenimiento de seguridad del usuario

Indicadores

- Porcentaje de cuidadas reportadas
- Porcentaje de cumplimiento de aplicación de cirugía segura
- Tasa de cumplimiento de higiene de manos
- Tasa de flebitis post catéter periférico reportadas
- Porcentaje de usuarios ingresados con brazaletes de identificación
- Porcentaje de cumplimiento de seguridad del usuario en la medicación
- Porcentaje de incidencia de endometrios
- Incidencia de infección del tracto urinario relacionado a sondaje
- Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza cuidados de confort para prevenir úlceras por presión
- Porcentaje de estándar 28

Las etapas de la buena práctica de seguridad al usuario se definió de acuerdo a priorización de actividades y metas alcanzar (Tabla 3)

¿Se asignó presupuesto durante la planificación, como se financio el proyecto?

El Hospital Nacional de Santiago de María cuenta con un presupuesto para su funcionamiento, sin embargo, para la implementación de la mejor práctica no se asignó una contra partida presupuestaria adicional. Para el financiamiento del proyecto se trabajó con los recursos asignados de la institución, no se asignó presupuesto adicional. Se gestionaron insumos para higiene de manos según recomendaciones de la OMS e insumos para prevención de flebitis post catéter, prevención de infección de vía urinaria relacionada a sondaje (Tabla número 4)

Descripción	Cantidad	Costos
Recurso humanos	5	\$ 800
Order book	2	\$3
Internet	-	\$60
Papel boom	5	\$10

3.2.-Implantación de las mejores prácticas (100 puntos).

¿Cómo se implementó las mejores prácticas?

Para la implantación de la mejor práctica se identificó la línea de base, las brechas entre lo encontrado y lo deseado, se conformó el equipo de la mejor práctica, quienes elaboraron en la buena práctica en

seguridad del usuario hospitalizado posteriormente se capacito al personal multidisciplinario en áreas en donde se implementó

Se verifico la existencia de los insumos necesarios como insumos para el cumplimiento de higiene de manos para todas las áreas y todo el año, insumos para mantener equipos de parto completo, de cateterismo, aseo vulvar, baño en cama Bandejas para cumplimiento de medicamentos, clorhexidina al 2%, 4% espuma y clorhexidina alcohólica

Con la implementación mejor práctica, se pretende mejorar la seguridad del usuario a través de prácticas seguras se identificaron y analizaron los riesgos a través de herramientas como: hoja de observación de higiene de manos de la OMS en los cinco momentos, Paquete bundle, libro de supervisión, lista de chequeo, observación directa a través de rondas de supervisión en vigilancia activa, también se realizaron planes de mejora según lo encontrado (**anexo 19 plan de mejora**) Los avances se dieron a conocer a través de notas a jefaturas de áreas donde se desarrolló la buena práctica a las cuales se les dio seguimiento como lo son:

1-Colocacion de brazalete de identificación a usuarios ingresados

2 –Apego de higiene de manos en los cinco momentos de la OMS

3-Prevencion de infecciones asociadas a la salud en: Endometritis post parto, infección de vías urinarias relacionadas a sondaje, prevencion de flebitis post catéter periférico

.4- Registro de caídas

5- seguridad del paciente en la medicación a través del cumplimiento de técnica sin contacto (**imagen capacitación de técnica sin contacto**)

6- Aplicación correcta de hoja de cirugía segura en sala de operaciones

7- cumplimiento de lista de verificación de uso racional de vestimenta quirúrgica

10-Practica seguras y de confort en pacientes dependientes (prevencion de ulceras por presión, cambios de posición, baño en cama, (**Imagen Equipo de baño en cama. Adulto**))

¿Cómo el equipo identificó y gestionó la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para él logró de los objetivos de las mejores prácticas?

El equipo de mejor práctica identifico la participación de otras áreas del hospital Nacional de Santiago de Maria tomando en cuenta las funciones y liderazgo así como áreas donde se ejecutó la buena práctica ,es de importancia la participación del asesor de suministro para la compra de insumos y

equipo necesario para el cumplimiento óptimo de las buenas prácticas en seguridad del usuario a implementar también a jefaturas de enfermería siendo esenciales en el proyecto para el monitoreo y seguimiento, administradora para la gestión de productos de limpieza e insumos para higiene de manos , personal de Bacteriología para el reporte de resistencia bacteriana ,Jefe de personal auxiliar de limpieza para la limpieza y desinfección correcta de ambientes hospitalarios médicos , Anestesiastas y personal de enfermería de atención directa para la ejecución del proyecto de mejora.

Qué dificultades identificó el equipo para la implantación de las mejores prácticas y qué acciones realizaron para superarlas?

El equipo identificó algunas dificultades como equipo e insumos que eran necesarios intervenir para mejorar y lograr la buena práctica trazado pero que se lograron superar a través de gestión y seguimiento con planes de mejora.

.3. 3-Control y seguimiento (70 puntos)

El Control se realizó en sus diferentes etapas del proyecto se realizó a través de monitoreos mensuales, utilizando herramientas como: paquete de medidas de buenas prácticas Bundle, lista de chequeo, libro de supervisión, hoja de observación de higiene de manos de la OMS, lista de verificación de Cirugía segura, lista de chequeo de uso correcta de vestimenta quirúrgica, tabulador de vigilancia activa de infecciones asociadas a la salud.

El seguimiento se realizó a través informes generados por el comité de prevención de infecciones asociadas a la salud y el comité de higiene de manos, a través de análisis mensual de indicadores propuestos y de hallazgos encontrados para seguimiento con plan de mejora, también se informó en reuniones bimensuales a jefaturas correspondientes

¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de las mejores prácticas?

En la etapa de planificación: se identificando la línea de base, las brechas el incremento de incidentes que ponía en riesgo la seguridad del usuario. Para esto se utilizó herramientas de calidad en el análisis en la priorización del problema (espina de pescado y metodología de Hanlon)

En la etapa de ejecución; se capacitaron a personal multidisciplinario sobre buenas prácticas en seguridad al usuario, gestión de insumos necesarios para el cumplimiento de la mejor práctica (alcohol gel, dispensadores de papel toalla, jabón antiséptico para lavado de manos con existencia para todo el año y todas las áreas , clorhexidina al 2% , 4% espuma, para el 100% de los procedimientos invasivos bandejas para cumplimiento de técnica sin contacto , insumos para mantener completos equipos de parto , equipo de atención de RN . equipo individual y con mayor número de existencia de cateterismo vesical, aseo vulvar, equipo de baño encama se gestiona a través del Director y asesor de suministro

La etapa de control Se realizó a través de monitoreos en los que se enviaba notas para jefes de áreas correspondientes para seguimiento de las mejoras a realizar evaluando el seguimiento a través de plan de mejoras los cuales se realizaba mensualmente en reuniones administrativas.

Qué tipo de medición de la mejora implementaron?,

El tipo de medición de las buenas prácticas en seguridad del paciente fueron los indicadores siguientes.

- ✓ **Registro de caídas:** Numero de caídas reportadas por servicio x 100/ número de egresos generados por ese servicio
- ✓ **Pacientes identificados con brazalete al ingreso:** (imagen de brazalete de identificación) Número de pacientes ingresados que mantienen brazalete de identificación x 100 / el total de paciente egresados por ese servicio
- ✓ **Tasa de endometritis post parto :**Total de endometritis (post partos) reportadas x100/ total de partos vaginales atendidos en el periodo
- ✓ **Tasa de flebitis post catéter periférico :** Total de catéter vigilados en ese mes x 1000 catéter /total de catéter periférico supervisados
- ✓ **Tasa de infección de vías urinarias.** Relacionadas a sondaje x100/ el total de catéter urinario vigilados
- ✓ **Porcentaje de cumplimiento de higiene de manos:** Total de acciones positivas realizadas en el cumplimiento de higiene de manos en los cinco momentos de la OMS. total de acciones positivas realizadas X100 / total de observaciones realizadas
- ✓ **Aplicación de lista de cirugía segura:** Total de pacientes a quienes se les realizo cirugía mayor electiva x100/ total de cirugías realizadas
- ✓ **Porcentaje de aplicación de uso correcto de vestimenta:** Total de recursos evaluados en un procedimiento quirúrgico x 100/ total de personas que cumple con el uso de vestimenta correcta
- ✓ **Cumplimiento de seguridad del paciente en la medicación:** total de servicios que cumplen con la técnica sin contacto x100 / total de servicios supervisadas por x100/ paciente de esa área supervisados.
- ✓ **Porcentaje de cumplimiento de paquete bundle aplicados :** Numero de paquetes de medidas bundle que cumplen x100/ entre el total de paquetes de medidas bundle realizados

¿Establecieron indicadores?, ¿Cada cuánto midieron?

Luego de establecer los indicadores se evaluaban mensualmente de forma escrita y en reuniones administrativas con jefaturas de enfermería cada tres meses, y en reuniones con el comité estratégico de gestión del hospital se daba a conocer avances de la buena práctica a implementar.

¿Ante las desviaciones presentadas en la práctica, como aseguró el equipo la adopción de medidas correctivas o acciones de

El equipo aseguró la adopción de medidas ante las desviaciones encontradas en la mejor práctica y las medidas a tomar para prevenirlas fueron:

DIFICULTADES	ACCIONES PARA SUPERARLAS
En esta etapa se presentó dificultad para realizar reuniones gestor por diversos ausentismos	Se programaron reuniones de trabajo virtuales a través de zoom en horas no laborales las cuales fueron compensadas en tiempo.
Ausentismo por diferentes causas de personal convocado a las capacitaciones de seguridad del paciente	Jefaturas de hospitalización imparte de temas de seguridad de usuario a través de círculos de estudio
personal no empoderado en la implementación del proyecto de mejora	Seguimiento y retroalimentación a través de educación en servicio Informe para el seguimiento de personal que no cumplía
Monitoreos no realizados en fechas establecidas	Reprogramar monitoreos y seguimiento ,
No cumplimiento de la colocación de brazalete de identificación a pacientes	Seguimiento a través de plan de mejora ejecutado por jefe de unidad
Se observan pacientes que aún no se les ha realizados cuidados de confort	Retroalimentar técnica a través de círculos de estudio sobre cuidados de confort
Falta de adherencia en la aplicación de técnica sin contacto	Retroalimentar técnica sin contacto a través de círculos de estudio y educación en servicio
Falta de cumplimiento de aplicación de técnica de cateterismo vesical	Retroalimentar técnica de colocación de sonda
Falta de seguimiento a la implementación de paquete de medidas bundle	Retroalimentación a los jefe de servicios para la realización de seguimiento y cumplimiento de paquete bundle
Poca apego de higiene de manos en sus 5 momentos de la OMS	Retroalimentar técnica de higiene de manos y campañas de higiene de manos
Médico cirujano no cumplía con verificación de lista de cirugía segura.	Retroalimentar sobre importancia de la verificación de lista de cirugía segura a personal renuente.

¿Cómo se realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar las mejores prácticas?

El equipo de mejor práctica realizó la evaluación de resultados y la reducción de brecha por medio del seguimiento de los indicadores, la tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en endometritis post parto, flebitis post catéter periférico, infecciones de vías urinarias relacionada a sondaje, colocación de brazalete de identificación a usuarios ingresados., aplicación correcta de lista de Cirugía segura, seguridad del usuario en la medicación, cumplimiento de uso correcta de vestimenta quirúrgica y cuidados de confort a pacientes dependientes. Dicha evaluación se realizó en reuniones mensuales con jefaturas e informando al comité estratégico de gestión trimestralmente. (tabla de evolución de indicadores propuestos)

Indicadores	Evaluación 2019	Evaluación 2020
Reporte mensual de caídas	No hay evidencia de registro de caídas	100% de servicios de servicios reporta caídas mensualmente
pacientes identificados con brazalete al ingresado	No colocación brazaletes a usuarios ingresados	El 100% de usuarios ingresados
Tasa de endometritis post parto	Tasa de endometritis post parto vaginal al 4%	Se logró reducir al 2% la tasa de endometritis post parto
Tasa de flebitis post catéter periférico	Tasa de flebitis post catéter periférico de 6.7%	Se logró reducir al 3% la tasa de flebitis post catéter periférico
Tasa de infección del tracto urinario relacionada a sondaje	Tasa de infecciones del tracto urinario al 1 %	Tasas de ITU relacionada a sondaje 0%
% de cumplimiento de higiene de manos	45% de cumplimiento de higiene de manos	90 % de cumplimiento de higiene de manos
% de cumplimiento correcto de cirugía segura	0% de cumplimiento de Cirugía segura	100% cumple con Cirugía segura
% de cumplimiento de uso correcto de vestimenta quirúrgica en sala de operaciones	55 % de cumplimiento de uso racional de vestimenta en quirófano	85% de cumplimiento de uso racional de vestimenta quirúrgica
% de cumplimiento de paquete de medidas Bundle	35% de cumplimiento de paquete de medidas Bundle	85% de cumplimiento de paquete bundle
Cumplimiento de seguridad del usuario en la medicación	0 % de cumplimiento de técnica sin contacto en la	75 % de cumplimiento de técnica sin contacto

	administración de medicamentos	
Cumplimiento de medidas de confort en usuarios dependiente	El 35% cumple con medidas de confort en pacientes dependientes	Se logró el cumplimiento del 75% de cumplimiento de medidas de confort en el usuario dependiente

CRITERIO 4

GESTIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

4. Gestión del equipo de mejora (100 puntos)

4.1-Integración al equipo de mejora (40 puntos)

La Dirección del hospital Nacional Santiago de María promovió la integración y desempeño de cada uno de los miembros del equipo de trabajo a través de la oficialización del equipo gestor de la buena práctica en acta del 17 de enero 2019 cumpliendo que cumpla con perfil idóneo y que realice las asignaciones delegadas y con las características siguientes:

Liderazgo: Que tenga representatividad para la ejecución de la mejor practica

Conocimientos: Conocimientos sobre el tema de seguridad del usuario y prevención de infecciones asociadas a la salud

Experiencia En metodología para que guie al equipo gestor en el proceso de realizar la buena práctica

Responsabilidad.: Que cumpla con asignaciones delegadas en tiempos establecidos

Trabajo en equipo, Que cumpla con los objetivos trazados, que motive el equipo y que favorezca actividades con entusiasmos favoreciendo al equipo de mejor practica

Proactiva, que pueda aportar cambios de mejora continua de la institución

Disponibilidad, que Cumpla con las asignaciones delegadas

Relaciones interpersonales, altamente efectivo en relaciones interpersonales

Experiencia en la metodología de calidad: Que posee experiencia en la metodología para que guie al equipo gestor.

¿Cómo la organización aseguro la integración y el desempeño de los miembros del equipo de trabajo?

Los criterios que se utilizaron para la selección del equipó de trabajó., fueron seleccionados por el Director y la UOC tomando en cuenta el perfil de cada integrante y las intervenciones que aportarían en la ejecución de la mejor práctica.

El equipo de trabajo considerando las competencias de sus integrantes, asignando en el plan de trabajo funciones específicas de acuerdo a su perfil: formación académica en el área de la salud con especialización y sub-especialización y experiencia en seguridad del paciente y personal que apporto en la ejecución y seguimiento como: **(imagen de insumos de higiene de manos)**

Perfil , académica	Funciones y experiencia	Aporte en el proyecto
Epidemiólogo/Maestría en salud publica	Experiencia más de dos 10 años	Análisis de datos , conocimiento en procesos de atención, experiencia más de dos años
Jefe de la UOC / Ginecóloga	Jefe de la UOC/ experiencia de más de 10 años de experiencia	Asesora del equipo de buenas practicas
Jefe de unidad de obstetricia / Licda en enfermeria	Experiencia de 2 años de jefe de unidad	Coordinación/ monitoreo/ evaluación y seguimiento dela buena práctica implementada
Jefe de unidad de medicina y cirugía / Licda en enfermeria	3 años de experiencia cargo de jefatura	Coordinación del equipo gestor
Jefe de unidad de sala de operaciones / Licda en enfermeria	3 años de experiencia con cargo de jefe de arsenal y sala de operaciones , miembro del comité de infecciones asociadas a la salud	Implementación en la ejecución de la buena práctica e incorporación de equipos a utilizar
Enfermera en control de infecciones/ Licda. en enfermeria	Enfermera de unidad calidad / experiencia 15 años en control de infecciones	Enfermera en control de infecciones/ Licda. en enfermeria

4.2-Desarrollo del equipo de mejora (60 puntos)

¿Cómo el equipo de mejora se integró al proyecto considerando las competencias conocimientos y habilidades para el desarrollo de las mejores prácticas?

El equipo de trabajo evaluó las necesidades de adquirir competencias en buenas prácticas en la seguridad del usuario valorando que el equipo las competencias idóneas, obtenidas en jornadas de educación continua sobre seguridad del usuario en el año 2018, se consideró el liderazgo lo cual fue esencial para conducir la mejor práctica , el equipos de mejor practica logro empoderarse a través de las capacitaciones impartidas por la UOC (**Anexo 20 lista de asistencia**)

¿Qué medidas de control y seguimiento aplico el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo del proyecto?

La buena práctica se evaluó el control y seguimiento se realizó a través de rondas de supervisión de vigilancia actica la frecuencia con la cual ocurren los fallos de la seguridad del usuario a través de rondas de monitoreo , utilizando de libro de supervisión ,lista de chequeo , paquete bundle , informe de infecciones asociadas a la salud , reporte de tasas de cumplimiento de higiene de manos , para asegurar

su efectividad en el desarrollo de la mejor práctica se dio a conocer a través de reuniones bimensuales con comité estratégico de gestión de la institución

Se evalúa a través de plan de trabajo realizado (plan de trabajo) dando continuidad a cronograma de actividades se realizó la frecuencia con la que ocurren los fallos de la seguridad del usuario a través de rondas de monitoreo , utilizando de libro de supervisión ,lista de chequeo , paquete bundle, la identificación del usuario hospitalizado , el registro de infecciones asociadas a la salud y observaciones del cumplimiento de higiene de manos en los 5 momentos de la OMS , la aplicación correcta de lista de verificación de cirugía segura, aplicación de paquete de buenas prácticas de prevención de IAAS. Se evalúa los servicios que cumplen con medidas de seguridad en la medicación, y los pacientes dependientes que se les ha realizado de confort. ,

Para asegurar la mejor práctica se implementó y medir su efectividad se hicieron reuniones con el consejo estratégico de gestión. Y reuniones con jefaturas de enfermería, también se enviaron notas de hallazgos encontrados los cuales se les dio seguimiento a través de planes de mejora

Para analizar del desempeño de cada miembro del equipo en las diferentes funciones que se leles asignado tareas que cumplieron a medida se ejecutaba la buena práctica y solucionar posibles brechas que pudieran obstaculizar la implementación de la buena práctica.

Criterio 5

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA

5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas (70 puntos)

5.1-Gestión del conocimiento en las mejores prácticas. (40 puntos)

Las iniciativas que se realizaron se estandarizó la práctica a otros servicios (Pediatría, unidad renal, consulta externa), uso de equipos individuales para curaciones, equipos equipo individual de baño de RN, programación de desinfección en áreas críticas cada 8 días en ambientes cada 15 días (anexo plan de desinfección) también se retomó la recuperación de dos horas post parto evidenciado en estándar 9. Toda mujer en post parto inmediato es controlada en las primeras dos horas según normativa (anexo hoja de control de signos vitales)

¿Qué iniciativas realizaron, la alta dirección, la Unidad de Calidad, las jefaturas y el equipo de mejora para generar aprendizaje a partir de la iniciativa implementada?

Para generar aprendizaje la alta dirección promueve aprendizaje y transferencia de conocimientos como:

- Socialización de la mejor práctica en reuniones administrativas con jefes de enfermeras de unidades de los servicios hospitalarios (**Anexo de asistencia**)
- Se estandarizó la práctica de colocación de sondaje tras-uretral en los servicios de medicina, Cirugía, emergencia obstetricia, sala de operaciones
- Aplicación de paquete de medidas bundle en prevención de infecciones urinarias relacionadas a sondaje, colocación y mantenimiento de catéter venoso periférico, prevención de endometritis
- Estandarización de técnica sin contacto en la administración de medicamentos en emergencia, y hospitalización
- Desinfección de áreas críticas y ambientes hospitalarios en áreas de atención de paciente (plan de desinfección)
- Colocación de brazalete de identificación a todo paciente. en área de emergencia y consulta externa (imagen paciente con brazalete)
- Se acreditó a equipo de observación de higiene de manos (diploma de acreditación imagen nueve)
- Estandarización de equipos individuales de aseo vulvar, atención de recién nacido (imagen cuatro equipo de aseo vulvar)
- Baño de recién nacido y adulto en áreas de Pediatría y servicio de medicina Cirugía, obstétrica, sala de operaciones (imagen cinco equipo de baño de RN)
- Capacitaciones al personal multidisciplinario (imagen de capacitación)
- Kit individuales de ven punción
- Kit para toma de Urocultivo

- Kit de curación umbilical para curación en casas

¿Cómo la organización y el equipo incorporo las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas?

EL aprendizaje la creación de la buena práctica es brindar una atención segura al usuario en los servicios de hospitalización y emergencia y que favorezca a la población que nos visita, evitando errores que podrían causar daño .motivando a los profesionales de la institución a dar un trato individualizado e humanizado, el conocimiento que se adquirió en la implantación para la creación de nuevos proyectos contribuyendo de esta forma a la mejora continua de la calidad

Asegurando al usuario hospitalizado es una de las experiencias de la mejor práctica que favorece a la población involucrada. Esto se logró mediante la implementación de las practicas que garantizo la seguridad del usuario evitando errores que podrían causar daño al usuario.

El equipo de trabajo adquirió conocimientos sobre seguridad del usuario, trabajo en equipo liderazgo.

Las herramientas utilizadas durante la implantación fueron observación directa, e indirecta, vigilancia activa y pasiva, expedientes clínicos,

5.2-Gestión de la innovación en las mejores prácticas (30 puntos)

El equipo gestor innovo en la implementación de la seguridad del usuario a través de uso de herramientas que se aplican en los procedimientos de riesgo para el usuario minimizando errores que pudieran ocurrir tales como:

- Aplicación de paquete de medidas Bundle. En prevencion de IAAS
- Incorporación de técnica sin contacto en la administración de medicamentos
- Equipos individuales para aseo vulvar, toma de Urocultivo, kit de curación de muñón umbilical se entrega a madre para curación en casa
- Cumplimiento de protocolo de colocación de sonda tras-uretral
- Colocación de alcohol gel en cada unidad del paciente
- Mantenimiento de papel toalla para todas las áreas y para todo el año
- Identificación con brazalete a todo paciente ingresado
- Estandarización de reporte mensual de caídas de usuario

6. Resultados de las mejores prácticas (300 puntos)

Este criterio examina los niveles de desempeño obtenidos a través de los monitoreos de evaluación de implantación de la mejor práctica, tomando en consideración en la evaluación los factores como la eficacia, eficiencia organizacional, los beneficios de los usuarios ingresados ya que la el porcentaje de las infecciones asociadas a la salud de enero a junio del 2020 se reportan al 2 % en endometritis , flebitis post catéter periférico al 3.%, infecciones del tracto urinario relacionada a sonda trasfretara incidencia al 0%, el 100% de usuarios ingresados mantienen brazaletes de identificación , se aplica el 100%, lista de cirugía segura correctamente a usuarios a quienes se le realiza procedimientos quirúrgicos , el 80%, de cumplimiento de vestimenta segura en sala de operaciones ,el 90%, de cumplimiento de higiene de manos en los cinco momentos de la OMS , 100%,de registro de caídas de usuario en los servicios de hospitalización

Criterio 6

RESULTADOS DE LA MEJOR PRÁCTICA

6.1-Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional. (90 puntos).

Los resultados en la eficiencia y eficacia para la institución fueron económicos, en insumos médicos, antibióticos, menos días camas ocupadas

Se ha fortalecido en la reducción de riesgos del usuario hospitalizado, fortaleciendo prácticas exitosas en la atención segura de los servicios de hospitalización y emergencia, después de la implementación de la mejor práctica los resultados

¿Cuál es la reducción de la brecha identificada después de aplicar las mejores prácticas?

La brecha identificada después de la implementación de la buena práctica se encuentran en la siguiente tabla (Tabla)

Línea basal 2019	Proyección 2020	Brecha	Evaluación de la Brecha
Tasas de cumplimiento de higiene de manos del 45% de cumplimiento	Lograr un apego de higiene de manos del 90%	Aumentar la tasa de apego de higiene de manos 45% de cumplimiento	Tasas de cumplimiento de higiene de manos 90% se alcanza a superar la brecha
Colocación de brazalete con identificación del usuario ingresado 0%	100% de usuarios ingresados con brazalete de identificación	100% de los usuarios ingresado se encuentran con brazalete de identificación	100% de usuarios ingresados con brazalete de identificación, se supera la brecha
Infección asociada a la salud en endometritis post parto al 4 %	Reducir el riesgo de infección de endometritis post partos a un 2%	Reducir tasas de endometritis post parto en menos del 2%	
No se posee un sistema de registro de caídas que fuera fiable	Registrar el 100% de los casos de caídas	Sistema de registro de caídas implementado, uso de hoja de reporte de caídas por servicio reportado mensualmente	Porcentaje de endometritis post parto 0.3 %, superando la brecha
Tasas de flebitis relacionadas a catéter periférico reportadas en 4.7%	Reducir al 3 % de flebitis post catéter periférico	Minimizar el riesgo de flebitis post catéter venoso periférico 1.7 %	Tasa de flebitis relacionada a catéter periférico post catéter periférico 3.6%,
Tasa de infecciones de vías urinarias relacionada a sondaje	Reducir la tasa de infección de vías	Minimizar el riesgo de infecciones de infecciones	Tasa de ITU relacionada a sondaje 0% superando la

1%	urinarias relacionada a sondaje al 0.5%	de vías urinarias relacionadas a sondaje tras-uretral en un 0.5%	brecha
No cumplimiento de seguridad del paciente en la medicación	75% de personal cumple con las medidas de seguridad en la medicación a través de la técnica sin contacto	Que el 75% cumple con la técnica sin contacto en la administración de medicamentos	90% de los monitoreos realizados se observa el cumplimiento de técnica sin contacto superando la brecha
No cuidados de confort en pacientes dependiente para prevenir úlceras por presión	35% de usuarios se les realice medidas de confort para prevenir úlceras por presión	Que 80% de los pacientes se les realiza cuidados de confort a usuario dependiente de enfermería para prevenir úlceras por presión	El 75% de los usuarios se les realiza cuidados de confort (baño en cama , masajes , colocación de dispositivo mecánico
No cumplimiento correcta de la lista de cirugía segura	Aplicación correcta del 100% de la lista de Cirugía segura ,y colocarlas en expediente	100% de recursos de quirófanos conocen y se aplica correctamente el instrumento de Cirugía segura según indicaciones de la OMS y colocan en expedientes	El 100% de las cirugías se les aplica correctamente la hoja de Cirugía segura
Estándar 28: Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico menor y mayor en quirófano, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL Ítem 5 Porcentaje de personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora. evaluado es un 55%	Aumentar a un 85% de cumplimiento de estándar 28 cumpliendo con Ítem 5. Porcentaje de personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora.	30% es la brecha para el cumplimiento de estándar 28: en el cumplimiento de Ítem 5 porcentaje de personal de sala que cumple con el uso racional y adecuado de vestimenta protectora. evaluado	100% de cirugías se les aplica lista de Cirugía segura Cumplimiento del 80% del estándar 28

¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia/eficiencia organizacional al implementar las mejores prácticas?

Se ha mejorado la eficacia/eficiencia del Hospital al implementar la mejor práctica con la disminución de la tasa de infecciones asociadas a la salud. Fortaleció la seguridad del paciente a través de colocar el brazalete, garantizar la Cirugía segura, administración de medicamentos seguros para el usuario mejoró la calidad de atención a través del cumplimiento de porcentaje de higiene de manos y cumplimiento de estándar 28, Estándar 28: Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico menor y mayor en quirófano, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL Ítem 5, garantizo las medidas de confort del usuario y reducción de instancia hospitalaria , pero sobre todo no causar daño a la persona a través de la seguridad del usuario familia y comunidad

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano. (120 puntos).

¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

Para lograr la eficiencia se realizó encuesta de satisfacción del usuario obteniendo los resultados siguientes la evaluación de encuestas de satisfacción de tipo descriptivo con una representatividad del 10 por ciento de los usuarios ingresados se tomaron 15 encuestas por servicios donde se realizó la mejor practica 25 pacientes que estaban ingresados en los servicios de medicina ,cirugía , Pediatría obstetricia , sala de operaciones , durante el mes de julio 2019 voluntariamente aceptaron participar en la encuesta, (Anexo v gráficos de encuesta)

¿Cuál es el impacto para el ciudadano después de la implementación de las mejores prácticas?

El impacto para el ciudadano después de implementar la mejor prácticas de favorecieron al usuario ingresado, reducción a nivel local de la tasa de morbilidad por IAAS , disminuir errores en los usuarios hospitalizados y contribuir a un ambiente seguro donde el usuario pueda sentirse en confianza con los profesionales en cuesta de satisfacción el 90% refiere sentirse seguro con la atención brindada en el hospital ,80% porciento mociono que se le había colocado brazalete en su mano y 90% refiere que le preguntaron su nombre el 75 % se presentó y 85% refiere que le explicaron sobre el cumplimiento de medicamentos , cabe mencionar que para realizar la tabulación se realizó a través de una base excel

La buena práctica favoreció al usuario ya que a través de la implementación los resultados fueron:

Económicos, contribuir a la reducción de gasto de bolsillo, costos institucionales

Sociales por: porque el usuario tenía que alejarse de su familia por hospitalizaciones prolongadas, reducción de riesgo de pérdida de empleo por hospitalización

Humanos: Por la necesidad de administrar tratamiento, atención libre de riesgo

6.3-Resultados relacionados a otras partes interesadas (40 puntos)

Los resultados fueron para el institución en disminución de costos hospitalarios tanto en insumos médicos y medicamentos, menos ingresos por infecciones asociadas a la salud, mayor disponibilidad de camas hospitalarias , también fortaleció al desempeño de personal en seguridad del usuario , mejora en e incrementan el cumplimiento de indicadores asociados a la atención sanitaria y seguridad del usuario ingresado, otras partes interesadas es el beneficio al usuario familia y comunidad..

¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con las mejores prácticas?

El impacto al implementar la buena práctica podemos mencionarlos siguientes:

- Tasa de adherencia de higiene de manos al 90%
- Colocación de brazalete de identificación a usuario ingresado en un 100%
- Tasas de endometritis post parto , 0.3%, seguridad del usuario en la medicación
- Disminución de costos hospitalarios en gastos de insumos, medicamentos, relacionados a la atención de complicaciones por atención sanitaria.
- Reducción de esfuerzo de recurso humanos,
- Disminución de reingresos por infecciones asociadas a la salud
- Fortalecimiento de seguridad del paciente minimizando errores
- Mejorar monitoreo y seguimiento de indicadores de seguridad del paciente
- Fortalecimiento del recurso humano de la institución en la temática se seguridad del paciente
- Otras partes interesadas seria la Dirección Nacional de Hospitales mejorando los indicadores hospitalarios reduce los indicadores Nacionales,

¿Qué beneficios ha generado la implantación de las mejores prácticas a otras partes interesadas?

- Mejorado el cumplimiento de la seguridad del paciente a través de la identificación del usuario
- Evito errores en la medicación a través del cumplimiento de técnica sin contacto
- Incremento el cumplimiento de higiene de manos en los cinco momentos al personal de la institución
- Incremento del cumplimiento correcto de lista de Cirugia segura y vestimenta
- Favoreció al usuario en el cumplimiento de medidas de confort

- Mejoro el sistema de vigilancia activa
- Disminución de infecciones asociadas a la salud
- Mejoro la compra de mantenimiento de insumos para higiene de manos
- Se integró la referencia de paciente con IAAS se les realizo continuo del cuidado ,y se reportaba por vía telefónica
- Todas estas acciones realizadas a disminuido las referencias a hospital san Miguel , Usulután, la cual hay dispodibidas para otros pacientes

6.4-Resultados financieros o de la relación costo beneficio. (50 puntos).

El Ministerio de salud cuenta con sistema de costos por producción de resultados (PERC). Basado en los datos locales de Vigilancia de IAAS se obtuvieron aproximaciones de la inversión en salud en Recursos Humanos, medicamentos, Insumos, servicios básicos y otros, obteniendo el costo día cama por IAAS .Tabla 6

Año	Ahorro Institucional posterior a la implementación del proyecto
2019	10,880.66
2020	16,786.88

El hospital después de implementar el proyecto de mejora obtenido 6,906.

¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de las mejores prácticas?

- Uno de los beneficios financieros obtenidos de la institución es la disminución de costos por día cama ocupadas
- La disminución la carga laboral en el personal y gastos en limpieza, agua y otros para su atención.
- El impacto en el gasto de bolsillo del usuario al estar ingresado
- Alimentación del paciente
- Disminución del consumo de antibiótico
- Menos resistencia Bacteriana
- La buena práctica en seguridad del usuario se logró reducir costos hospitalarios, insumos, medicamentos, recurso humano

¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de las mejores prácticas?

- Los beneficios financieros obtenidos de la institución es la disminución de costos días cama ocupadas
- La disminución la carga laboral en el personal y gastos en limpieza, agua y otros para su atención.
- Alimentación del paciente
- Disminución del consumo de antibiótico
- Menos resistencia bacteriana

¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implantación de las mejores prácticas?

El resultado en relación costo beneficio en la implantación de la mejor practica se estiman costos basándose en estimaciones y sistema de costos por producción (PERC) y datos locales del comité de prevencion de infecciones asociadas a la salud como: consumo de antibiótico , insumos médicos ,servicios básicos entre otros absteniendo los costos por cama IAAS y su costo total.

Criterio 7

SOSTENIBILIDAD Y MEJORA

7. Sostenibilidad y mejora (100 puntos)

7.1 Sostenibilidad (50 puntos)

¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada?

- ✓ Bajo porcentaje en el indicador de adherencia de higiene de manos de manos.
- ✓ Falta de recurso capacitado para la vigilancia de IAAS y comprometido para el seguimiento del proyecto
- ✓ Recursos operativos nuevos no capacitados

¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la iniciativa implementada.

- ✓ Estandarización de técnica de cateterismo vesical
- ✓ Estandarización de paquete de medidas Bundle
- ✓ Estandarización de procedimiento de técnica de venopunción
- ✓ Monitoreo de observaciones de higiene de manos
- ✓ Estandarización de hoja de cirugía segura
- ✓ Estandarización de lista de chequeo de uso correcto de vestimenta quirúrgica
- ✓ Estandarización de identificación del usuario

7.1.1, Si ha logrado sistematizar la practica).

¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la iniciativa).

- Realizar reuniones periódicas con el comité de IAAS para evaluación de los indicadores de buenas prácticas en seguridad del usuario
- Sistematización de planes de desinfección de áreas críticas y ambientes hospitalarios.
- Asignación a jefes de enfermeras de unidad de monitoreo, verificación de cumplimiento de la buena práctica implementada.
- Evaluación de indicadores de infecciones asociadas a la salud a través de correo por epidemiólogo

7.2-Mejora (50 puntos)

¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica implantada?

- ✓ Las estrategias que ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica a desarrollada fueron:
- ✓ Fortalecer el talento humano para la vigilancia activa de IAAS en los servicios de hospitalización , emergencia y sala de operaciones
- ✓ Vigilancia activa y control de IAAS de las áreas involucradas y detección temprana de factores de riesgo
- ✓ Informe oportuno de hallazgos encontrados en monitoreos
- ✓ Vigilancia activa 4 horas asigna para el monitoreo
- ✓ Abastecimiento de insumos de higiene de manos para todo el año y todas las áreas

¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento ha considerado o está utilizando el equipo para asegurar que el proyecto o iniciativa implementada mejore continuamente?

- ✓ Medición mensual de la tasa de Infecciones asociadas a la atención sanitaria en: endometritis post parto , flebitis post catéter periférico , infección de vías urinarias relacionada a sondaje coordinación con el CPCIAS. Se pretende mantener una tasa anual de 0.5%.
- ✓ Tasa de adherencia de la práctica de lavado de manos, a largo plazo se proyecta alcanzar más del 90% de adherencia en todo el recurso humano en los servicios de atención de la institución por lo que se orientan los esfuerzo en capacitar al recurso humano sobre prevención y monitoreo de la adherencia de lavado de manos, en la gestión de insumos necesarios y oportunos y en el monitoreo y seguimiento de las jefaturas para el cumplimiento de lineamientos.
- ✓ El mecanismo de seguimiento es a través de la vigilancia activa de las IAAS y la presentación, análisis y discusión periódica de los indicadores en el Consejo Estratégico de Gestión para la planificación y ejecución permanente de planes de mejora continua.
- ✓ Tasa de cumplimiento de paquete de medidas Bundle en prevención de endometritis post-partos, prevención de infección de vías urinarias relacionada a sondaje tras-uretral ,

Glosario

OMS.: Organización mundial de la salud

IAAS. Infecciones asociadas a la atención sanitaria

BUNDLE. Implica aplicar un grupo de las mejores prácticas de prevención de infecciones hospitalarias (IH) que cuando se realizan en conjunto, en forma confiable y permanente han demostrado impacto en reducir las tasas de IH.

PERC. Presupuesto por resultado

MINSAL.: Ministerio de salud de El Salvador

VIGEPES.07. Sistema de vigilancia epidemiológica

CPIAAS: Comité de prevención y control de infección asociadas a la salud

ITU. Infección del tracto urinario

UOC: Unidad Organizativa de la Calidad

RN: Recién Nacido

Anexo 1 Acta de conformación del equipo de mejora

1000000 0000001

Esta reunión tuvo lugar durante de marzo del presente año, en el salón de las mañanas, en el sector de sala de juntas, del hospital "Sector Jorge Artale Mesa" de Santiago de Chile, recibiendo los presentes con la finalidad de conformar el equipo que trabajara en el proyecto de buena practica en el siguiente integrante, llamado Dra. Paulita Suesca, nombrada como coordinadora del proyecto y jefe de ejecución, sector Educar a Familia, esta también nombrada como Kater Margueta Panamela, jefe de unidad de gerontología y obstetricia, nombrada como Socorro Herrera, integrante del comité de ejecución, nombrada a la Dra. Betty Guerrero, Dra. Betty Guerrero jefe de sala de operaciones, siendo conformado y presidido por sector Carlos Elias Cortizo, los que dió lugar a las siguientes acciones, para cumplir las leyes, reglamentos e instituciones del país, en la que se respecto y se acuerda, contarse durante "X" días hábiles que la patria es patria, uno que ella no demandé en la de la cual firmamos.

Carlos Elias Cortizo

1000000 0000002

Ana Brindley Soria
LICENCIADA EN ENFERMERIA
J.V.P.E. No. A- 2752

Dra. Paulita Suesca

sector Educar a Familia

Kater Margueta Panamela
Kather Margueta Panamela
LICENCIADA EN ENFERMERIA
J.V.P.E. No. A- 0523

Dra. Betty Guerrero

Socorro Herrera

Anexo 2 Cronograma de actividades

Hospital Nacional Santiago de María
Congreso de actividades de buenas practicas en seguridad del usuario
AÑO: 2019

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	2019
Elaboración del proyecto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autorización de la buena practica	X												X
Señalar los recursos necesarios para la implementación de la buena practica	X	X											
Clasificación con el equipo de mejoras practicas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoreo de cumplimiento de la buena practica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniones de trabajo con el equipo gestor													
Informe de avance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cumplimiento de planes de mejora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación y seguimiento													X
Seguimiento													X

Anexo.3. Acta de reuniones

1000005

Esta reunión tuvo lugar durante de octubre de 2019, en el sector de sala de juntas, en el hospital "Sector Jorge Artale Mesa" de Santiago de Chile, recibiendo los presentes con la finalidad de conformar el equipo que trabajara en el proyecto de buena practica en el siguiente integrante, llamado Dra. Paulita Suesca, nombrada como coordinadora del proyecto y jefe de ejecución, sector Educar a Familia, esta también nombrada como Kater Margueta Panamela, jefe de unidad de gerontología y obstetricia, nombrada como Socorro Herrera, integrante del comité de ejecución, nombrada a la Dra. Betty Guerrero, Dra. Betty Guerrero jefe de sala de operaciones, siendo conformado y presidido por sector Carlos Elias Cortizo, los que dió lugar a las siguientes acciones, para cumplir las leyes, reglamentos e instituciones del país, en la que se respecto y se acuerda, contarse durante "X" días hábiles que la patria es patria, uno que ella no demandé en la de la cual firmamos.

Kater Margueta Panamela
Kather Margueta Panamela
LICENCIADA EN ENFERMERIA
J.V.P.E. No. A- 0523

Dra. Betty Guerrero

Socorro Herrera

Anexo 4. Lista de asistencia de capacitación

Anexo 5. Plan de trabajo

Hospital Nacional Dr. Jorge Arturo Mesa Santiago de María
 Unidad Organizativa de Calidad
 Listado de Asistencia

NOMBRE DEL EVENTO: TUTORIA DE PROYECTOS DE MEJORES PRACTICAS
 LUGAR: OFICINA DE LA UOC
 FECHA: 27 DE MAYO DE 2021

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	DEPENDENCIA	SESO	NUMERO DE NIT	E-MAIL	TEL.	FIRMA
1	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
2	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
3	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
4	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
5	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
6								
7								
8								
9								
10								

DR. CARLOS JOSÉ AGUIRRE MONTOYA COORDINADOR
 Dra. CLAUDIA MARÍA GIZZI COORDINADORA
 Lic. DELIA DEL PILAR CÁDIZ FERNÁNDEZ JEFE DE RECURSOS HUMANOS

Hospital Nacional "Dr. Jorge Arturo Mesa" de Santiago de María
 Unidad Organizativa de Calidad
 Memorandum 2021-5200-016

PARA: Equipos de mejores prácticas 2021
 DE: Dra. Claudia María Gizzi Jefe de la UOC
 Ana Betty Guerrero Díaz Enfermera de la UOC
 A TRAVÉS DE: Dr. Carlos José Aguirre Montoya
 FECHA: 20 de Mayo 2021
 ASUNTO: Reuniones de trabajo para proyectos de mejora 2021

Reciba un saludo cordial deseándole éxitos en sus labores diarias. Por este medio se envía cronograma de reuniones a realizar para realizar correcciones y avances del proyecto de mejores prácticas de esta forma estaremos cumpliendo con el requisito de integración de equipo.

Se anexa cronograma de fechas, favor justificar ausencias.

Muchas gracias
 Atentamente.

ANEXO 4
 Ana Briselida Araujo Sura LICENCIADA EN ENFERMERIA J.V.P.E. No. A-2742
 Silvia Socorro Díaz de Estrada LICENCIADA EN ENFERMERIA J.V.P.E. No. A-4817
 Ana Betty Guerrero Díaz LICENCIADA EN ENFERMERIA J.V.P.E. No. A-0533

Anexo 5. Plan de trabajo

Anexo 6. Asistencia de capacitación

Cronograma de reuniones
 "Buenas prácticas en seguridad del usuario que ingresa al hospital Nacional Dr. Jorge Arturo Mesa de Santiago de María en el periodo comprendido del 1 de enero del 2019 al 31 de diciembre 2020"

Fecha	Lugar	Hora
21 de mayo 2021	Salón del parqueo	9am a 12 MD
23 de mayo 2021		
24 de junio 2021		
11 de junio 2021		
18 de junio 2021		
25 de junio 2021		
2 de julio 2021		
9 de julio 2021		
16 de julio 2021		
23 de julio 2021		
30 de julio 2021		
6 de agosto 2021		
13 de agosto 2021		
20 de agosto 2021		
27 de agosto 2021		

Equipo de mejores prácticas en seguridad del paciente hospitalizado

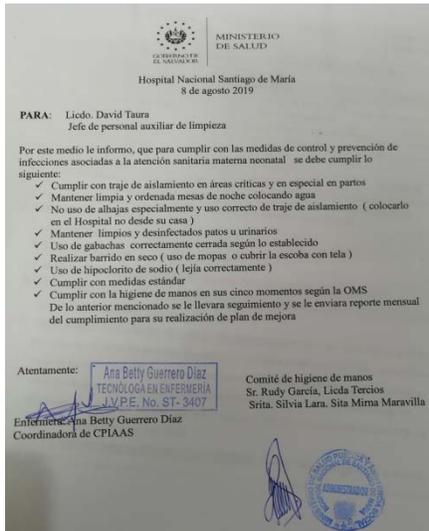
Fecha	Lugar	Hora
21 de mayo 2021	Salón del parqueo	9am a 12 MD
27 de mayo 2021		
3 de junio 2021		
10 de junio 2021		
17 de junio 2021		
24 de junio 2021		
1 de julio 2021		
8 de julio 2021		
15 de julio 2021		
22 de julio 2021		
29 de agosto 2021		
12 de agosto 2021		
19 de agosto 2021		
26 de agosto 2021		

HOSPITAL NACIONAL "DR. JORGE ARTURO MESA" DE SANTIAGO DE MARÍA
 LISTADO DE ASISTENCIA
 NOMBRE DEL EVENTO: PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA
 LUGAR: SALA DE JUNTAS HOSPITAL NACIONAL
 FECHA: 20 DE JUNIO DE 2021

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	DEPENDENCIA	SESO	NUMERO DE NIT	E-MAIL	TEL.	FIRMA
1	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
2	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
3	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
4	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
5	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
6	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
7	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
8	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
9	Yolanda Pineda	Asesora	UOC	M	9122841011	ypineda@hospnacional.gov.co	3102441	[Firma]
10								

DR. CARLOS JOSÉ AGUIRRE MONTOYA DIRECTOR
 Dra. Betty Guerrero Díaz LICENCIADA EN ENFERMERIA J.V.P.E. No. A-0533
 Lic. Juan Ramón Hernández Martínez JEFE DE RECURSOS HUMANOS

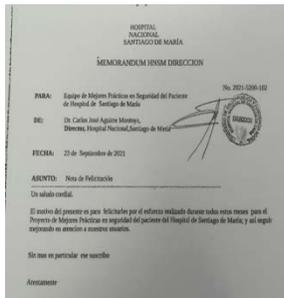
Anexo 7 Informe de hallazgos encontrados



Anexo 8 Diploma de reconocimiento



Anexo 9 . Nota de felicitación



Anexo 10. Tasas de incidencia

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nacional Santiago de María
 INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA
 ENERO A DICIEMBRE 2019

SERVICIOS	EGRESOS	Nº. DE CASOS	TASA IAAS (%)
Obstetricia	1923	26	1.3%
Pediatría	1834	1	0.05%
Medicina Mujeres	818	5	0.6%
Medicina Hombres	715	6	0.8%
Cirugía Mujeres	472	4	0.8%
Cirugía Hombres	471	3	0.6%
Sinecología	196	2	1.8%
Emergencia		2	-
Unidad renal		3	-
Total	62.59	52	0.8%

Anexo 11 planes mensual de desinfección



Anexo.12 Bitácora de entrega y recibo de material estéril

A handwritten ledger with multiple columns and rows, used for tracking the delivery and receipt of sterile materials. The columns include fields for 'Fecha', 'Cantidad', 'Unidad de medida', 'Descripción', and 'Observaciones'. The rows contain detailed entries of materials and their quantities.

Anexo 13 Tabulador diario DE

A daily data entry table with a grid layout. The columns represent days of the week, and the rows represent different categories or items. The table is filled with handwritten data points, likely representing daily counts or measurements.

Anexo. 14 Informe de caídas

A fall report form from the Hospital Nacional de Santiago de María. The form includes a header with the hospital name and logo, followed by a table for reporting falls. The table has columns for months from Enero to Diciembre and rows for various fall-related metrics.

MES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total de PAC realizados							2					
Total de procedimientos realizados							9					
Numero de procedimientos complicaciones quirurgicas realizadas							1					
Numero de caídas reportadas							1					
Numero de quejas							1					
Total de quejas resueltas en menos de 15 días							1					

Anexo 15 Lista de cirugía segura

A surgical safety checklist form with multiple columns and rows. The columns are labeled 'DE LA REALIZACIÓN DE LA ANESTESIA', 'ANTES DE LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA', and 'ANTES DE EL PUESTO FINAL DE CIERRE'. The rows list various safety items to be checked, such as patient identification, allergies, and equipment checks. The form includes handwritten checkmarks and signatures.

A surgical safety checklist form with a grid layout. The columns represent different stages or items, and the rows represent specific safety checks. The form is filled with handwritten checkmarks and signatures, indicating that the safety protocols were followed.

Anexo, 20. Imágenes de procedimientos e insumos



Identificación del usuario



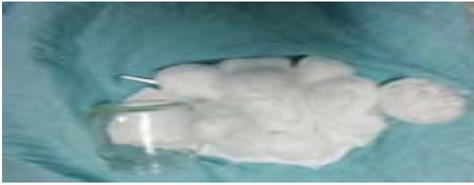
Equipo de cateterismo vesical



Equipo de partos completo



Equipo de aseo vulvar



Capacitaciones

