



**Ministerio de Salud**  
**Vice ministerio de Servicios de Salud**  
**Unidad Nacional de Gestión de Calidad de la RIISS**



**RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS  
MEJORES PRÁCTICAS DE MEJORA  
CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS  
SERVICIOS DE SALUD DE LA RED  
INTEGRAL E INTEGRADA DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD (RIISS): HACIA  
LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO  
HUMANIZADO. 2<sup>A</sup> EDICIÓN 2016**

---

## INDICE

	Pag.
<b>1. Presentación</b> .....	3-5
<b>2. Introducción</b> .....	6-7
<b>3. Antecedentes</b> .....	8-9
<b>4. Justificación</b> .....	9
<b>5. Objetivos</b> .....	10
<b>6. Metodología</b> .....	11
a. Identificación de problemas	11
b. Priorización de problemas	11
c. Enunciado del problema	11
d. Análisis de la situación	11
e. Diseño Plan de Mejora	12-16
f. Ejecución del Plan de Mejora.	17
g. Evaluación de resultados y realimentación.	17
h. Sistematización de los procesos de mejora.	17
i. Estandarización de experiencias exitosas.	17
<b>7. Principios fundamentales para la mejor práctica</b>	18-21
<b>8. Gestión del Conocimiento e Innovación de la Mejor Práctica</b>	22
<b>9. Resultados de la Mejor Práctica</b>	23
<b>10. Sostenibilidad y Mejora</b>	24
<b>11. Anexos</b>	25



**REDUCIR A 0.5% ANUAL LA TASA DE IAAS DEL  
NEONATO ATENDIDO EN EL PERIODO DE ENERO  
2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL  
NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL**

---

---

27/10/2016

Final calle los almendros Ciudad Jardín, Municipio de San Miguel  
tel: 2661-1424

“la calidad no cuesta. No es un regalo, pero es gratuita.  
Lo que cuesta dinero son las cosas que no tienen calidad,  
todas las acciones que resultan de no  
hacer bien las cosas  
a la primera vez”

PHIL CROSBY

## EQUIPO DE PROYECTO

Lic. María Luisa Benítez, Enfermera Supervisora de CPCIAS

Lic. Claudia Carolina Cruz Jefe Enfermera de Neonatos

Lic. Blanca Elizabeth Castro, Jefe Enfermera de UCIN

Dra. Gladis Quintanilla, Jefe Medico Servicio de UCIN y Neonatos

## EQUIPO GESTOR DEL PROYECTO DE MEJORA

Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales, Medica Directora

Dr. José Roberto Centeno, Jefe de Planificación

Dra. Jenny de Nolasco, Jefe de Unidad de Epidemiología

Dr. Rigoberto Machuca, Jefe Consulta Externa Especializada

Dra. Mireya Magaña Salazar, Coordinadora de Unidad Organizativa Calidad

## **2. INTRODUCCION**

Las IAAS se presentan tanto en países desarrollados como en naciones en desarrollo; cada día, aproximadamente 1,4 millones de pacientes adquieren una IAAS. En Estados Unidos, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) estiman que 1,7 millones de IAAS contribuyen a la ocurrencia de 99.000 muertes cada año entre pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI).

La neumonía e infecciones del torrente sanguíneo presentan el mayor número de muertes asociadas a IAAS. Las tasas más altas de infecciones por 1.000 pacientes/día se registraron en las UCIs, seguidas de unidades de neonatología de alto riesgo y unidades de neonatología convencionales.

Las morbilidades más altas se dan Las infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria son las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Es una infección de inicio tardío, es decir, aparece después de las primeras 72 horas de nacido en neonatos hospitalizados. La incidencia de la IAAS en neonatos varía ampliamente entre las UCIN (5-24,5%) dependiendo de factores ambientales y diferencias en las prácticas clínicas. Sin embargo, se estima que esta incidencia es en promedio del 15-20% en los neonatos menores de 1.500 gramos y del 40% aproximadamente en los menores de 1.000 g.

En el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, la tasa promedio en las Unidades de Cuidados Intensivos y Neonatos en 2012 fue de 5.5% un valor alto según años anteriores y atendiendo la carga económica que implica y la letalidad que conlleva. Se presenta a continuación un proyecto que reúne los esfuerzos en una serie de actividades claves en el proceso de atención, se da a conocer la metodología utilizada y el compromiso de la alta Dirección en el desarrollo del mismo.

### **3. ANTECEDENTES**

Las infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS) representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en las unidades de cuidados intensivos neonatales. La incidencia de IAAS en recién nacidos reportada en la literatura médica es muy variable (5.0 - 24.6%), donde las infecciones del torrente sanguíneo suelen ser las más frecuentes, seguidas de las neumonías.

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad en las Américas en niños menores de cinco años oscila alrededor de 400.000 muertes por año, de las que más del 40% ocurre en el período neonatal, lo que las convierte en motivo de intervención.

Existen grandes diferencias en la incidencia de IAAS en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI NEO). En la Región de las Américas, hay pocos datos disponibles, pero son frecuentes la información de brotes en estos servicios, con repercusión en la opinión pública, generalmente, por la alta letalidad.

En el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, desde el año 2004 las actividades de vigilancia de prevención de IAAS eran realizadas por una enfermera programada dos días a la semana y un médico con cuatro horas dos veces a la semana, dando prioridad a los servicios de Neonatos, Obstetricia, Unidad de Cuidados intensivos neonatales, Unidad de cuidados intensivos pediátricos y adultos. En la actualidad hay dos enfermeras ocho horas diarias que cubren una capacidad de 422 camas censales y 137 no censables.

En el Salvador según informe Internacional de Control de infecciones Nosocomiales (INCC) reportó en el período de 2003- 2008 una tasa de 2% en las Unidades de Cuidados Intensivos. En el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel el servicio de Neonatos y Unidad de Cuidados Intensivos reportó en promedio en 2012 una tasa de: 5.5%. Las infecciones del torrente sanguíneo fueron las más frecuentes 32% seguida por neumonía asociada a ventilador 15.8%, enterocolitis 7.6%, onfalitis 6.8%, conjuntivitis 9.8% y Neumonía sin ventilador 6.6%. Los principales patógenos detectados fueron *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*.

En consecuencia, el Comité de IAAS enfoca sus esfuerzos para bajar la tasa anualmente a 0.5% a partir de la tasa promedio antes mencionada, luego de posteriores análisis de la

situación que la vigilancia proporcionada surge la necesidad de elaborar un proyecto que estructure mejor las actividades ya encaminadas e implementar nuevas que involucren el protagonismo del recurso humano en el cumplimiento de la prevención. Se involucra a todo el equipo que brinda cuidados al recién nacido: enfermera jefe de Unidad, jefe médico de servicio, médicos staff, médicos residentes, técnicos en enfermería y personal de servicios varios.

#### **4. JUSTIFICACION**

Las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria prolongan la estancia hospitalaria con sus respectivos costos dependiendo del Servicio en el cual se encuentren, además del impacto en la salud de los Recién Nacidos.

En el Hospital, las tasas de IAAS en los recién nacidos reportadas en la vigilancia, representa aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal y tomando en cuenta los Planes Quinquenales de Gobierno y los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Plan Operativo Hospitalario, la atención al binomio Madre Bebe se convierte en una de las prioridades Institucionales en las que se debe abordar.



## **5. OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Reducir a 0.5% anual la tasa de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria del neonato atendido en el periodo de enero 2014 a diciembre 2015 en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

### **ESPECIFICOS:**

1. Garantizar el cumplimiento de la estrategia multimodal de higiene de manos
2. Establecer que los equipos termosensibles para oxigenoterapia se han esterilizados con oxido de etileno
3. Monitorear la correcta aplicación y mantenimiento de los dispositivos invasivos
4. Monitorear los procedimientos de las desinfecciones en los servicios de atención al neonato

## 6. METODOLOGIA

- a. *Identificación del problema:* Se identifico el problema a través de la evaluación mensual de las tasas de infecciones neonatales de la vigilancia del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (CPCIAS).
- b. *Priorización de problemas:* se priorizo el problema en razón de:
  - a. la morbilidad que presentaba
  - b. el impacto de la mortalidad
  - c. ahorro Institucional: gasto de antibióticos, disminución de la resistencia bacteriana, disminución de días de estancia hospitalaria
  - d. incorporación temprana del neonato a su entorno familiar
- c. *Enunciado del problema:* la incidencia de las Infecciones neonatales ha tenido un comportamiento alto en 2012(5.5%) en relación a años anteriores.
- d. *Análisis de la situación:* el problema encontrado se abordó a partir de informes socializados por el CPCIAS en el cual se presentaron la tendencias de las tasas de infecciones y se analizo las causas a través de la metodología del porque, porque Las infecciones neonatales son causadas en los servicios de neonatos y UCIN por las siguientes razones:
  1. *Poca adherencia a la higiene de manos porque el recurso humano tiene falta de conocimientos y actitud favorable frente a la estrategia*
  2. *No todos los equipos termo sensibles para oxigenoterapia eran esterilizados con oxido de etileno porque el recurso humano de central de equipo tenían resistencia de aplicar el procedimiento, porque los costos del insumo era alto*
  3. *Existían practicas deficientes en la aplicación y mantenimiento de los dispositivos invasivos porque había falta de conocimiento en la técnica correcta y no había insumos ideales para el cumplimiento*
  4. *Existían practicas deficientes en los procedimientos de las desinfecciones en los servicios de neonatos y UCIN porque había falta de conocimiento en la técnica correcta*

e. *Diseño de Plan de mejora:*

<i>Objetivos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Metas</i>	<i>indicadores</i>	<i>responsable</i>	<i>plazo</i>	
					<i>inicia</i>	<i>termina</i>
1. Garantizar el cumplimiento de las estrategia multimodal de higiene de manos	curso de capacitación para observadores de higiene de manos	-2 Jefes Medico de servicio de Neonato y UCIN capacitado -2 Jefes Enfermera de unidad capacitadas -2 Enfermera hospitalaria de neonato y UCIN capacitada	recursos capacitados/recurso programados	CPCIAS	<i>Mayo 2014</i>	<i>Mayo 2014</i>
	capacitar al 100% de las auxiliares de enfermería en higiene de manos	100% de enfermeras auxiliares capacitadas en neonatos	% de recurso capacitado	CPCIAS	<i>Enero 2014</i>	<i>Julio 2014</i>
	capacitar en bioseguridad a recurso multidisciplinario	100% de personal programado	% de recurso capacitado	CPCIAS Proyecto Capacity		<i>Junio 2015</i>
	Capacitar en	100% de personal	% de recurso capacitado	CPCIAS	<i>Febrero</i>	<i>Febrero</i>

	higiene de manos a médicos residentes	programado			2014	2015
	Capacitar en higiene de manos a enfermeras en servicio social	100% de personal programado	% de recurso capacitado	CPCIAS	Enero Julio 2014	Enero Julio 2015
	Medición de la adherencia del lavado de manos en los 5 momentos	Lograr 100% de la tasa de adherencia del lavado de manos	Acciones positivas de higiene de manos/oportunidades de higiene de manos x 100	CPCIAS Personal capacitado en el curso para observadores de lavado de manos	Julio 2014	Julio 2014
	Realización de campañas de lavado de manos	100% campañas realizadas	campañas realizadas/campañas programadas	CPCIAS	Mayo 2014	Mayo 2015
	Monitoreo de lavamanos en buen estado	100% de lavamanos de manos en buen estado	lavamanos buen estado/total de lavamanos	CPCIAS	Enero 2014	junio2015
	Autoevaluación de las jefes de enfermera de Unidad en Estrategia multimodal OMS	100% de jefes de enfermera cumplieron con la autoevaluación	autoevaluaciones realizadas por enfermera jefe/autoevaluación programadas	CPCIAS Jefe de enfermeras		Agosto 2015
	Incorporar jabón de clorhexidina al	100% de lavamanos con	% de lavamanos con recipientes de	CPCIAS Jefe de	Abril 2014	

	4%	clorhexidina	clorhexidina	enfermeras Medico asesor de suministros		
	Gestionar la colocación de carteles alusivos a higiene de manos y cinco momentos	100% los Servicios de atención a Neonatos cuenten con cárteles alusivos a los cinco momentos y técnicas	% de servicios con carteles de lavados de manos	CPCIAS		<i>Agosto Octubre 2015</i>
	Evaluación periódica de condiciones de dispensadores, calidad de papel toalla y alcohol gel	100% de insumos en buen estado y calidad	% de insumos en buen estado y calidad	CPCIAS	<i>Abril Mayo 2014</i>	<i>Junio Septiembre 2015</i>
2. Establecer que los equipos termosensibles para oxigenoterapia sean esterilizados con oxido de etileno	Capacitación sobre desinfección de material y equipo a jefes de Unidad	# de enfermeras jefes de Unidad capacitadas/# de enfermeras jefes de Unidad	% de recurso capacitado	CPCIAS		<i>Abril 2015</i>
	Monitoreo del cumplimiento	100% del equipo termosensible estar esterilizado con Oxido de	100% de equipo esterilizado	CPACIAS Jefes enfermeras de Unidad	<i>Ener2014</i>	<i>Enero 2015</i>

		Etileno				
3.Asegurar la correcta aplicación y mantenimiento de los dispositivos invasivos	Monitoreo de la aplicación del BUNDLE en servicio de atención a neonatos.	100% de dispositivos invasivos aplicados y manejados correctamente	100% de cumplimiento según BUNDLE	CPCIAS	<i>febrero Abril a julio Octubre 2014</i>	<i>Mayo a junio 2015</i>
	Gestionar la compra de insumos para cuidados de dispositivos invasivos	Contar con Apositos transparentes para proteger accesos vasculares en el 100% de procedimientos que se realicen.	Documentos de Gestion de compra. % de niños con apósitos adecuados	CPCIAS	<i>Junio2015</i>	
	Cumplimiento de la provisión de paquetes estériles individuales, de un solo uso para la aplicación de los dispositivos invasivos	100% de los procedimientos invasivos se realiza con paquetes estériles individuales de un solo uso	100% de procedimientos realizados con paquetes estériles individuales de un solo uso	CPCIAAS CEYE Jefes de Unidades	<i>Permanente</i>	<i>Permanente</i>
4.Monitorear los procedimientos de las desinfecciones en los servicios de	Capacitación del proceso de la desinfección según normativa, a personal de	100% de personal de Servicios generales programado	Personal de Servicios generales capacitado /Personal de Servicios generales programado	CPCIAAS	<i>2014</i>	<i>Marzo y Noviembre 2015</i>

atención a neonatos	Servicios generales					
	Capacitación en el proceso de la desinfección según normativa a jefes enfermeras de unidad	100% de Enfermeras Jefes de Unidad programado	Enfermeras Jefes de Unidad capacitadas/ Enfermeras Jefes de Unidad programadas	CPCIAAS		
	Informe mensual de los cumplimientos de las desinfecciones programadas	100% de cumplimiento de las desinfecciones programadas	desinfecciones realizadas/desinfecciones programadas	CPCIAS Jefe de servicios generales	<i>Enero 2014</i>	<i>Diciembre 2015</i>
	Realizar recambios c/24h del frasco esteril que contiene el antiséptico utilizado para procedimientos intravasculares	100% de recambios cada 24 h del frasco esteril que contiene el antiséptico utilizado para procedimientos intravasculares	100% de frascos de antisépticos utilizado para procedimientos invasivos con fecha actualizada	CPIAAS Jefes de Unidad	<i>Enero 2014</i>	<i>Diciembre 2015</i>

1. *Ejecución del plan de mejora:*

*Datos generales:* Gestiones, Capacitaciones realizadas, monitoreos integrales realizados, Autoevaluaciones y Evaluaciones presentadas

2. *Evaluación de resultados y realimentación:* evaluaciones periódicas a través de medición de las tasas de infecciones, utilizando herramienta locales en Excel para recolección y análisis de datos en forma mensual, indicadores de morbi-mortalidad infantil, estudios de prevalencia anuales, informes de planes de mejora implementados según hallazgos de los monitoréos y las supervisiones específicas.

3. *Sistematización de los procesos de mejora:* Informes del Comité de infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria a la Dirección, a las jefes enfermeras de Unidad y elaboración y seguimiento de Planes de mejora.

4. *Estandarización de experiencias exitosas:* aplicación de la estrategia de BUNDLE y la autoevaluación en la Estrategia Multimodal, uso de apósitos transparentes para los accesos vasculares, uso de soluciones antisépticas en equipos individuales y con recambio de frasco diario, uso de paquetes individuales de algodón estéril, en servicios como: maternidad puerperio, UCI adultos, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna.



## **7. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES PARA LA MEJOR PRACTICA**

### **A. Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección para promover la mejor práctica**

1. De qué manera la alta Dirección promueve la Implementación de las mejores prácticas?

Dando respuesta a las peticiones que se le envían a través de memorándum y reuniones. Propiciando espacios para capacitación de recursos y autorizando la compra de insumos según necesidades y evaluaciones realizadas.

2. Como la alta Dirección se involucra durante la creación e Implementación de la mejor practica? Visitando los Servicios de atención a Neonatos para verificar de primera mano las condiciones del manejo del Recién Nacido y Ratificando las actividades de mejora a través de reuniones y memorándum
3. Como la alta dirección da a conocer la mejor practica a toda la organización?  
A través de efecto de cascada en reuniones con las jefaturas y Comités

### **B. Apoyo para el desarrollo e Implementación de la mejor practica**

1. Como apoya la alta dirección el desarrollo y la implantación de la mejor practica? Respondiendo las necesidades presentadas para el cumplimiento de las actividades de mejora en relación a insumos y recurso humanos
2. Que medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor practica?
  - Correos electrónicos
  - Memorándum
  - Reuniones
  - Suministro continuo de insumos
3. Como la alta dirección genera compromiso de las jefaturas y líderes del equipo para el desarrollo de la mejor practica? Evaluación de los Indicadores hospitalarios con jefaturas

### **C. Reconocimiento a equipos de trabajo:**

1. Que políticas e incentivos aplica la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipos que desarrollan mejores prácticas?  
Entrega de Diplomas por buen desempeño  
Capacitaciones
2. Como la organización reconoce a cada miembro de los equipos y su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en las mejores prácticas? Felicitaciones por escrito , Condecoraciones y Capacitaciones

### **D. Identificación y selección de la oportunidad de mejora:**

1. Como se identifico? A través de la evaluación de los indicadores mensuales de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitarias de los servicios de atención a Neonatos.
2. Que parámetros utilizaron para la priorización? Los indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria y de Morbi-mortalidad neonatal
3. Cuales herramientas de calidad que aplicaron para la priorización de problemas? A travez de la técnica del porque?, con lluvia de ideas durante las reuniones
4. Estándares de Calidad relacionados? El Estándar 18: manejo del niño con Sepsis, El Estándar 19: manejo de Asfixia perinatal, Estándar 20: manejo adecuado del Recién nacido prematuro, Estándar 22: medidas de prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, El Estándar 23: manejo adecuado de los desechos Bioinfectiosos, El Estándar 24: Control de calidad del Agua, , Estándar 26 de Hospitalización,
5. Brecha identificada? la incidencia de las Infecciones neonatales ha tenido un comportamiento alto desde 2012(5.5%) en relación años anteriores.
6. La oportunidad de mejora se relaciona con la autoevaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad de la Gestión Pública. Se relaciona en los siguientes capítulos: capitulo 2: servicio público, eficacia, eficiencia, economía, evaluación permanente y mejora continua. Capitulo 4: orientaciones y estrategias: decisión política y perspectiva sistémica, hacia una gestión pública para resultados, responsabilidad directiva liderazgo y constancia de objetivos,

aprendizaje innovación y mejora de la calidad y ciclos de mejora, premios a la calidad, equipos de mejora continua, medición y evaluación

## **E. Recolección y Análisis de la Información**

1. Metodología aplicada para la recolección y análisis de la Información
  - a. Vigilancia activa y pasiva de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria de los servicios de atención al neonato
  - b. Reuniones periódicas
  - c. Formulario Estandarizado para vigilancia de IAAS
  - d. Sistema VIGEPES
2. Herramientas utilizadas para la recolección y análisis de la información
  - a. Informes mensuales de los servicios de atención al neonato
  - b. Formulario VIGEPES 07
  - c. Formulario Estandarizado para vigilancia de IAAS
3. Como determino y cuál es la brecha existente entre la situación actual y la situación deseada? se determino la brecha a través de la evaluación de las tasas de infecciones neonatales de la vigilancia del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (CPCIAS). La cual era de 3.7 y la deseada es de 1.0

## **F. Gestión de la Mejor práctica**

1. Planificación de la mejor practica
  - a. Como la mejor práctica está orientada con la visión, misión, objetivos y lineamientos estratégicos de la Organización? Se apega a los conceptos relacionados a la búsqueda de la Calidad y al cumplimiento de los indicadores de gestión hospitalaria de la Programación Anual Operativa y Estándares elevados de atención al paciente
  - b. Como la organización selecciono al equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor practica? Se selecciono según su perfil y competencias

- c. Cuáles son los objetivos definidos para la mejor practica?
  - i. Garantizar el cumplimiento de las estrategia multimodal de higiene de manos
  - ii. Establecer que los equipos termo sensibles para oxigenoterapia se han esterilizados con oxido de etileno
  - iii. Monitorear la correcta aplicación y mantenimiento de los dispositivos invasivos
  - iv. Monitorear los procedimientos de las desinfecciones en los servicios de atención al neonato.
- d. Como se definió el plan de trabajo, como se asigno a los responsables a cada actividad y el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada? Se definió de acuerdo a los objetivos que se pretendían alcanzar y según las actividades de cada objetivo se asigno el responsable idóneo en base a las funciones que realizan. El mecanismo de control y seguimiento es a través del monitoreo a los servicios.
- e. Cuál es el presupuestó de la mejor práctica y como se financio? El presupuesto se incorpora en el presupuesto anual del Hospital.

#### **G. Implantación de la mejor practica**

A través de socializaciones, capacitaciones del recurso involucrado en el cumplimiento de las actividades programadas y gestión permanente de recursos

#### **H. Control y seguimiento** vigilancia diaria

#### **I. Gestión del equipo de trabajo**

1. Integración del equipo de trabajo: Reuniones de trabajo
2. Desarrollo del equipo de trabajo: socialización y análisis de la problemática y capacitaciones

## **8. GESTION DEL CONOCIMIENTO E INNOVACION DE LA MEJOR PRÁCTICA**

Autoevaluación por parte de las jefaturas de enfermería a través del Empoderamiento de la Estrategia Multimodal y aplicación de los BUNDLE y fomento de la adherencia del lavado de manos.

## 9. RESULTADOS DE LA MEJOR PRÁCTICA

COMITE DE PREVENCION Y CONTROL DE IAAS

HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

TIPO IAAS	ISQ	NAV	Sepsis	IVU/S/ sonda	IVU/STU	Uro sepsis	Enterocolitis	Onfalitis	Conjuntivitis	Inf. Sitio CVC	Infeccion tejidos blandos	Neumonía S/ventil	Otitis	Celulitis R/CVP	Flebitis R/CVP	Celulitis por punción gases	Traqueitis	Bacteremia /CVC	Total IAAS	Total Egresos	Tasa % anual
Años																					
2012	1	13	50	4	4	4	25	22	9	6	2	15	0	2	0	0	0	0	157	2835	5.5%
2013	1	29	49	4	0	3	13	12	11	1	2	20	0	3	-	0	0	-	148	4043	3.7%
2014	2	14	46	8	0	6	7	9	13	2	6	2	2	-	6	0	0	7	130	4191	3.1%
2015	2	20	32	3	0	6	5	6	12	5	0	5	0	3	0	0	4	5	108	4586	2.3%
2016 Enero a junio	0	2	6	0	0	2	6	1	4	0	1	0	0	1	0	1	0	0	24	2042	1.2%
Total	6	78	183	19	4	21	56	50	49	14	11	42	2	9	6	1	4	12	567	17,697	3.2% Tasa global

Fuente: Informes de CPCIAS

\*Los datos del cuadro anterior reflejan que la tasa anual de IAAS en pacientes neonatos

## **10. SOSTENIBILIDAD Y MEJORA**

1. Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada? La actitud del personal de salud y el desabastecimiento de insumos
2. Que estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, la sistematización y Estandarización de la mejor practica?
  - a. Asignación de insumos acuerdo a prioridades
  - b. Evidencia de actividades y monitoreo
  - c. Capacitación y supervisión facilitadora de la mejor practica
3. Que indicadores. Roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor practica.
  - a. Evaluación de las tasas de Infecciones asociadas a la atención sanitaria en neonatos, porcentaje de adherencia de lavado de manos y Estándares de Calidad
  - b. Informes mensuales en sala situacional
  - c. Análisis de abastecimiento de insumos y resistencia bacteriana por el Comité de Faramacovigialancia

## 11. ANEXOS

### AVANCES DE LA ESTRATEGIA MULTOMODAL



**Antes**



**después**



**Hoy**



**Un solo dispensador**



**dispensador en cada cuna**



**dispensador de pedal**





**EDUCACION DE HIGIENE DE MANOS: charlas, talleres, reconocimientos**



**ESTRATEGIA MULTIMODAL: lavado de manos, campañas, evaluaciones**





### Cuidados de Dispositivos invasivos



**Material para  
veno puncion  
y para manejo  
de material  
estéril**

## Desinfección de Equipo ventilador y otros



Antes Desinfección con Ceticuat y Glutaraldehido 2%

Después: Esterilización con Oxido de Etileno

## DESINFECCIONES PROGRAMADAS



**INFORME DE ESTANDARES DE CALIDAD Y SITUACION DE IAAS JEFES DE UNIDAD:**





HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL  
COMITÉ DE CPICs  
FORMULARIO CONTROL DE DESINFECCIONES SERVICIOS HOSPITALARIOS

SERVICIO Nuestro

Fecha día de la desinfección	Servicio hospitalario	Nombre y firma de encargado de servicios generales	de servicios	Firma jefe de unidad
16/04/16	Urología	Jovanna Yessica Cruz S. Karla Alicia delos Lores <i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i> 
		Dr. Facilitador <i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>

Deberá entregarse debidamente lleno cada mes al comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL  
 COMITÉ DEPCIGAS  
 FORMULARIO CONTROL DE DESINFECCIONES SERVICIOS HOSPITALARIOS



SERVICIO: UCIN MES: Mayo 2015

FECHA DE LA DESINFECCION	NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA	NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	FIRMA DE JEFE DE UNIDAD
07-05-15	Claudia María Chereze Díaz	Agustela Pizarro	[Firma]
19-05-15	Raquel Margarita Bracamonte	Francisco Pizarro	[Firma]
21-05-15	Sandra Yaneth Rodríguez	Francisco Pizarro	[Firma]
28-05-15	Dora Virginia Anguila González	Francisco Pizarro	[Firma]

DEBERA ENTREGARSE DEBIDAMENTE LLENO CADA MES AL COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL  
COMITE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA  
MEDIDAS EN EL MANTENIMIENTO DEL CVC

FECHA: 2/2/14, 9/2/14, 14/2/14, 14/2/14, 14/2/14, 14/2/14, 14/2/14, 14/2/14  
SERVICIO: UCI  
N.º DE PACIENTES: 9, 9, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4, 4  
BUNDE NECESARIO: 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 2  
HORA: 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00, 10:00

Fig. 01.3187 2-14  
I.V.P.E. No. A-10339  
BOLSA DE ESTERILIZACIÓN  
RESERVADO

EVALUACIÓN	N.º DE PACIENTES															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Se justifica el mantenimiento del CVC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Se encuentran limpio el cerebro de dispositivo de infusión cada 24/72 hrs	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
El sitio de inserción se encuentra cubierto con gasa estéril o apósito transparente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cuidado y cambio de solución se realiza cada día con apósito transparente cada tres días.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CUMPLIMIENTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

1: Significa que si cumple 0: Significa que no cumple

Observaciones: Por sus coloradas no tienen viables punto de inyección tiene  
culista instalada sobre cuidados. 3 con fallos  
Acciones: Se avisa que se van a implementar en algunos topadores para  
M.A. a partir de febrero 2014  
9/2/14 observamos que han cambiado todo el servicio con la finalidad de ser más seguro punto de inyección

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL  
 COMITE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA  
 MEDIDAS PARA LA EVALUACIÓN DE APEGUO A LA HIGIENE DE MANOS

FECHA: 21/11/14

SERVICIO: Geriátricos

UNIDAD: H. A. HORA: 9:50 am

Nº DE PACIENTES: 08

Nº DE CAMAS: 10

BIUNDE NECESARIO

BIUNDE QUE CUMPLE

RESPONSABLE: F. C. B. B.

Personal de Salud evaluado	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Evaluación	3/10/14	3/10/14														
Existencia de papel húmedo desechable y apropiable	NO	NO														
Existencia de jabón antiséptico	SI	SI														
Existencia de alcohol gel para el paciente	SI	SI														
Higiene de manos al realizar cuidado directo al usuario	-	-														
Uso de técnica correcta de higiene de manos	-	-														
CUMPLIMIENTO																

1: Significa que se cumple 0: Significa que no cumple

Observaciones: Tiene gel y alcohol gel para el paciente y papel húmedo y 3 Leve manitas de higiene y  
 funcionamiento 1 de las que no funcionan

Acciones:

4/11/14 H. A. = no gel para ni alcohol gel y solamente con agua (agua gel)  
 Catecol y lavamanos no sirve  
 1 2 3 lavamanos para lavado de  
 1 2 4 lavamanos para lavado  
 Causa de contaminación: Surto de algo que gel y para los de error de uso de lavamanos (no la de)



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL  
 COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA  
 MEDIDAS EN EL MANTENIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA

FECHA 24/4 SERVICIO Ucva HORA 11:00

Nº DE PACIENTES 7 Nº DE CAMAS 7 BUNDLE NECESARIO 8 BUNDLE QUE CUMPLE 6 RESPONSABLE Dr. Pineda

NOMBRE DEL PACIENTE Y Nº DE CAMA	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Posición semi sentado 30° a 45 grados	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Circuito sin condensación en vía inspiratoria	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Evaluación diaria de la posibilidad de exhalación	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Cantidad oral limpia	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Asado oral cada 8 horas	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
CUMPLIMIENTO	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1

1: Significa que se cumple 0: Significa que no cumple

Observaciones: Realizar mantenimiento en las 18:00hs

Acciones: Realizar mantenimiento en las 18:00hs

24/4/17 extremadamente difícil realizar mantenimiento de ventiladores de respiración de pacientes de UCVA



HOSPITAL NACIONAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS. SAN MIGUEL.  
 MEDICO ASESORA DE SUMINISTROS.  
 ASM-HNSJDSM-0240-2014



PARA: Dr. José Manuel Pacheco Paz.  
 Director Hospital Nacional Regional San Juan de Dios. San Miguel

DE: Dra. Nelly Odilia García Alvarenga.  
 Médico Asesora de Suministros.



Licda. María Luisa Benítez Hernández  
 Enfermera Supervisora Comité CPCIAS

*[Handwritten signature]*  
 MEDICO ASESORA DE SUMINISTROS

Para Luisa Benitez Hernandez  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 J.V.P.F. No. A-1539

FECHA: 18 de junio de 2014.

Con un cordial saludo, informamos que hemos revisado las hojas de análisis correspondientes a la solicitud de compra 01/2014 procedente del comité CPCIAS, a usted informamos que hemos revisado las hojas de análisis y las muestras, recomendamos adjudicar de la siguiente manera.

- 1- Renglón 1, adjudicar 700 unidades a la cotización tres por cumplir con lo solicitado, la cotización uno oferta menor precio pero el apósito se enrolla sobre si mismo al desprenderlo.
- 2- Renglón 2, adjudicar 1000 unidades a la cotización dos por cumplir con lo solicitado, la cotización uno oferta menor precio pero el apósito se enrolla sobre si mismo al desprenderlo.

Atentamente.

*Recibido  
 Garcia  
 16-06-14  
 10:00 am*



MEMO-CPCIAS-HNSJDDSM-2014 0016

**PARA:** Dra Juana Elizabeth de Canales (Directora)  
 Dr. Armando Vásquez Cruz (Sub-Director)  
 Lic Maria Esperanza de Reyes (Enf. Jefe Depto.de Enfermería)

**DE:** Licda. María Luisa Benítez Hernández  
 Enfermera supervisora Coordinadora CPCIAS

**FECHA:** San Miguel, 8 de agosto de 2014

María Luisa Benítez Hernández  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 J.V.P.E. No. A-1530



Saludos respetuosos y bendiciones del todopoderoso .Como comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria de esta institución estamos llevando a cabo monitoreo de higiene de manos en los servicios que se capacito sobre importancia de higiene de manos por lo que se les envían los resultados de tasas de cumplimiento de higiene de manos por médicos y enfermeras de los servicios de UCI Y UCIN para su conocimiento en el periodo del 17 al 31 de julio 2014.

Atentamente:

Hospital Nacional "San Juan de Dios" SAN MIGUEL

**RECIBIDO**

NO. 250

FECHA: 8 AGO 2014

RECIBIDO POR: [Signature]

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL

D E C C I O N

RECIBIDO POR: [Signature]

HOSPITAL NACIONAL REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL  
 Final 11 Calle Pm. Col. Ciudad Jerc'n San Miguel • TEL/FAX: 2581-1424 Tel. 2665-6163. PBX: 2866-6100  
 Email: hospitalnacionalrsm@gmail.com

San Miguel 10 de noviembre de 2014

HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL COMITÉ DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

INFORME DE CONDICIONES DE INSUMOS Y LA PRÁCTICA DEL PROCEDIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN SERVICIOS HOSPITALARIOS NOVIEMBRE 2014

PARA:

Dra. Juana Elizabeth de Canales (Directora Hospital San Miguel)

Dr. Vázquez Cruz (Sub director Hospital San Miguel)



DE:

*MB*

Maria Luisa Benitez Hernández  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
J.V.P.E. No. A-1538

Loda. Maria Luisa Benitez Hernández (Enfermera supervisora CPCIAS)

Reciba un cordial saludo, deséale bendiciones cada día en sus funciones: el motivo de este informe es para darle a conocer situaciones relacionadas a la existencia de insumos para la higiene de manos y la adherencia del personal a realizar el procedimiento en todo proceso invasivo de lo cual se ha observado lo siguiente:

- 1) En todos los servicios se tiene en existencia jabón líquido y alcohol gel
- 2) No hay existencia de papel toalla desde hace meses
- 3) Se ha indicado a cada jefatura de enfermería que en cada cubículo de paciente y carros de cumplimiento de medicamentos y procedimientos deben de mantener frascos con alcohol gel.
- 4) La estrategia multimodal recomendada por la OMS para el cumplimiento de higiene de manos define que se debe de garantizar tener los insumos cerca del cuidado del usuario **Agua, Jabón, Alcohol gel, Papel toalla** para cumplir con mis cinco momentos para la higiene de las manos que son: **1-antes del contacto con el paciente, 2-antes de una tarea aséptica, 3-después del contacto con fluidos corporales, 4-después del contacto con el paciente, 5-después del contacto con el entorno del paciente.**
- 5) En ciertos servicios no hay lavamanos buenos como ejemplo **MEDICINA MUJERES** A que solo tiene funcionando un lavamanos (alto riesgo) los demás ambientes están inservibles. **CIRUGIA MUJERES** tiene cuatro lavamanos inservibles, ubicados en cubículos de pacientes y el de la estación de enfermería. **SERVICIO DE OBSERVACION** no cuenta con lavamanos en cubículos de pacientes solo el de la estación de enfermería. **PEDIATRIA** en alto riesgo no tiene instalado lavamanos.
- 6) Se observa poco apego a la higienización de las manos incluso en la manipulación de dispositivos invasivos y herida quirúrgicas (catéteres venosos centrales, Sonda urinaria, sondas nasogástricas, aspiraciones endotrqueles, toma de exámenes etc.)



11 NOV 2014

HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS  
SAN MIGUEL  
D. B.C.C.  
11 NOV 2014  
RECIBIDO POR: *[Signature]*

*[Signature]*  
12 NOV 2014  
x Dr. Vázquez Cruz

Hospital Nacional "San Juan de Dios" SAN MIGUEL  
**RECIBIDO**  
FECHA: 11 NOV 2014  
RECIBIDO POR: *[Signature]*



Memorandum

MEMO-CPCIAS-HNSJDDSM-2014 004

PARA Dr. Jose Manuel Pacheco Paz (Director)
Dra. Juana Elizabeth de Canales (sub.-Dirección)
Lcda. Maria Esperanza de Reyes (Jefe Depto. de Enfermería)
Lcdo Daniel Garcia Salgado (Administrador)

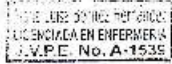
Dr. Rigoberto Machuca Girón
Coordinador CPCIAS

[Handwritten signature]



DE:

Lcda. Maria Luisa Benítez Hernández
Enfermera supervisora CPCIAS



FECHA: San Miguel, Miércoles 15 de Enero de 2014

Asunto: Informe Situación lavamanos de los servicios de hospitalización

Reciba un respetuoso saludo en este nuevo año, en esta ocasión se le envía un Informe recolectado en el mes de diciembre sobre el estado de los lavabos en los servicios de hospitalización, con el objetivo de darle a conocer el estado de los mismos ya que Interfiere en el buen uso de la practica de higienización de las manos de todo el personal que proporcionamos cuidado directo al paciente hospitalizado.

Esperando contar con su apoyo en cuanto a la adquisición de los materiales y accesorios ya que es la principal causa que manifiestan señores de mantenimiento del porque no los reparan oportunamente.

Atentamente



[Handwritten signature and date: 15/01/14]



MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

EL DUEÑO  
 10/11/15

PARA: Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 Directora Hospital



*10/11/15  
 Para la mesa  
 de coordinación  
 de enfermería  
 por el día 10/11/15*

DE: Dra. María Esperanza Mergar de Reyes  
 Jefe Departamento de Enfermería

FECHA: San Miguel, viernes 9 de marzo de 2015

Reciba por este medio un cordial y atento saludo, deseándole éxitos en sus actividades personales y profesionales.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que a raíz de medidas de prevención por la bacteria **Acinetobacter Baumannii** se han tomado medidas para la esterilización de los ambu y circuitos con Oxido de Etleno, para las áreas de Maternidad, Pediatría Neonatos, Centro Obstétrico, Emergencia, Centro Quirúrgico, UCI, UCIN y UCIP.

Cabe mencionar que dichas medidas ya se habían tomado en cuenta en reunión sostenida con Dr. Vázquez Cruz, Comité de Nosocomiales, Jefes de Departamentos, Médicos Jefes de Servicios y Enfermeras Jefes de Unidad, por lo que solicito se pueda Autorizar que en Central de Bajas se realicen las esterilizaciones de esos equipos, lo cual ayudará a disminuir la propagación de dicha bacteria.

*Autorizar la X  
 Dra. Elizabeth Canales  
 10/11/15*

En espera de su atención a los antes mencionados, me suscribo de usted.

Muy Atentamente.

*[Handwritten signature]*

